



Formulario

(Lista de medicamentos cubiertos)

2023

Enero 1 - Diciembre 31

Leon MediExtra
Leon MediMore



Este formulario se actualizó el 01/24/2023. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844)969-5366, Número Local: (305)541-5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo y Lunes a Viernes el resto del año, o visite www.leonhealth.com. Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato. **Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas** - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro de Leon Health para obtener más información. **Mensaje importante sobre lo que usted paga por insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en cuál nivel de costos compartidos esté.

Leon Health, Inc.
Leon MediExtra y LeonMediMore
Formulario para 2023
Lista de medicamentos cubiertos

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

Identificación del formulario 23399, Número de versión 8

Este formulario se actualizó el 01/24/2023. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844) 969 5366, o el número local (305) 541 -5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y lunes a viernes el resto del año, o visite nuestro sitio web al www.leonhealth.com.

Nota para los miembros actuales: este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma. Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Leon Health, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Leon MediExtra o Leon MediMore. Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 02/01/2023. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Leon Health, Inc.?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Leon Health, Inc. con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Normalmente, Leon Health, Inc. cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicaamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Leon Health, Inc. y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes

niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de nosotros. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Leon Health, Inc.?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Leon Health, Inc.?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontiunaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2023,

excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomando los. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto se actualizó el 01/24/2023. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Leon Health, Inc. comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Si se realizan cambios significativos en la lista impresa de medicamentos durante el año de cobertura, es posible que se le notifique por correo, identificando los cambios. Las listas de medicamentos actualizada esta publicada en nuestro sitio web y se actualiza mensual. Puede encontrarlo en www.leonhealth.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 11. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría Agentes Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 9. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 158. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Leon Health, Inc. cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Leon Health, Inc. exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con Leon Health, Inc. antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que Leon Health, Inc. no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Leon Health, Inc. limita la cantidad del medicamento que cubrirá Leon Health, Inc. Por ejemplo, Leon Health, Inc. proporciona 30 tabletas para 30 días por receta para *atorvastatin*. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Leon Health, Inc. requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Leon Health, Inc. no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Leon Health, Inc. cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 11. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestra restricción de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le envíemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a Leon Health, Inc. que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Leon Health, Inc.? ” en la página 6 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que, normalmente, no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. Leon Health, Inc. paga por ciertos medicamentos de venta libre. Leon Health, Inc. proporcionará estos medicamentos de venta libre, sin costo alguno para usted.

El costo para Leon Health, Inc. de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para los costos totales de medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos de venta libre no se tiene en cuenta para el período sin cobertura).

Lista de medicamentos de venta libre (OTC)
12-hour cetirizine hydrochloride 5 mg / pseudoephedrine hydrochloride 120 mg ER oral tablet
cetirizine hydrochloride 1 mg/ml oral solution
24-hour loratadine 10 mg / pseudoephedrine sulfate 240 mg ER oral tablet
12-hour loratadine 5 mg / pseudoephedrine sulfate 120 mg ER oral tablet
loratadine 10 mg oral tablet
loratadine 1 mg/ml oral solution
levocetirizine dihydrochloride 0.5 mg/ml oral solution
levocetirizine dihydrochloride 5 mg oral tablet
fexofenadine hydrochloride 60 mg oral tablet

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Leon Health, Inc. no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Leon Health, Inc. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Leon Health, Inc.
- Puede solicitar que Leon Health, Inc. haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Leon Health, Inc.?

Puede solicitarle a Leon Health, Inc. que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Leon Health, Inc. limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Leon Health, Inc. solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos. Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona**

autorizada a dar recetas que respalde su solicitud. Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido

en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

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

Miembros actuales que necesiten un despacho de emergencia o que se les haya prescrito un medicamento fuera del formulario como resultado de cambios en el nivel de atención serán colocados en transición y nosotros permitiremos un despacho de 31 días (al menos que la receta este escrita por menos días). Si usted es admitido en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en su formulario o tiene una limitación, usted es elegible para recibir un suplido de emergencia de 31 días mientras trata de obtener una excepción al formulario o una autorización previa. Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Leon Health, Inc., consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Leon Health, Inc., comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de Leon Health, Inc.

El Formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Leon Health, Inc. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 158.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Leon Health, Inc. tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Leon MediExtra

Nivel del Medicamento	Farmacia con costo compartido preferido (30 días)	Farmacia con costo compartido estándar (30 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos e insulinas selectas	\$0.00	\$5 copago
Nivel 2: Medicamentos de marca preferida e insulinas selectas	\$0.00	\$20 copago
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferida	\$40.00	\$50 copago
Nivel 4: Medicamentos especializados	33% Coseguro	33% Coseguro

Leon MediMore

Nivel del Medicamento	Farmacia con costo compartido preferido (30 días)	Farmacia con costo compartido estándar (30 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos	\$0.00	\$10 copago
Nivel 2: Medicamentos de marca preferida	\$47.00	\$47 copago
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferida	\$97.00	\$100 copago
Nivel 4: Medicamentos especializados	33% Coseguro	33% Coseguro

Leon Health, Inc. usa farmacias de la red preferida. Consulte su Directorio de farmacias o visite www.leonhealth.com para buscar una farmacia minorista preferida que le quede cerca.

Abreviaciones y Símbolos

- EX - Este medicamento con receta por lo general no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando obtiene uno de estos medicamentos con receta no se tiene en cuenta en sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
- CB - Límite de beneficio (este medicamento tiene una cantidad limitada por mes y no permite el reabastecimiento anticipado).
- LA - Disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte nuestro directorio de farmacias o comuníquese con nosotros al departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844) 969 5366, o el número local (305) 541 -5366. (Los usuarios de TTY deben

llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y lunes a viernes el resto del año, o visite nuestro sitio web al www.leonhealth.com.

- HI - Infusión en el hogar. Es posible que este medicamento con receta esté cubierto por nuestro beneficio médico. Para obtener más información, comuníquese con nosotros al departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844) 969 5366, o el número local (305) 541 - 5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y lunes a viernes el resto del año, o visite nuestro sitio web al www.leonhealth.com.
- GC - Proporcionamos cobertura adicional para este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.
- PA NSO - solo para nuevos comienzos (esto solo se aplicaría a pacientes que recién comenzaron con este medicamento).
- PA - Este medicamento requiere autorización previa.
- PA BvD - Requiere determinar si el medicamento debe estar cubierto como un beneficio de la Parte B o la Parte D de Medicare.
- QL - Este medicamento tiene límites con respecto a la cantidad.
- ST - Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.
- NDS - Suministro de días no extendidos.
- SI - Insulinas Selectas del Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	11
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias.....	21
Agentes Antiansiedad	21
Agentes Antidemencia	22
Agentes Antidiabetico	23
Agentes Antigota	27
Agentes Antimigraña	27
Agentes Antinausea.....	28
Agentes Antiparasitarios.....	29
Agentes Antiparkinson.....	30
Agentes Antipsicóticos	31
Agentes Calóricos.....	35
Agentes Cardiovasculares	37
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria.....	46
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica.....	47
Agentes De Trastorno De Sueño	48
Agentes Del Sistema Nervioso Central	48
Agentes Del Tracto Respiratorio	52
Agentes Dentales Y Orales.....	55
Agentes Dermatológicos	56
Agentes Gastrointestinales.....	61
Agentes Genitourinarios	64
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	65
Agentes Inmunológicos	69
Agentes Oftálmicos	77
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	79
Agentes Terapeuticos Misceláneos	82

Agentes Vasodilatadores	84
Analgésicos	85
Anestésicos	89
Antagonistas De Metales Pesados	90
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	90
Antibacterianos	90
Anticonceptivos	96
Anticonvulsivos	102
Antidepresivos	106
Antifúngicos	108
Antihistamínicos	110
Antimicobacteriales	110
Antivirales (Sítémico)	111
Dispositivos	116
Preparaciones De Reemplazo	148
Productos Para La Tos Y Resfriado	149
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	149
Reemplazo/Modificadores De Enzima	153
Relajantes Musculares Esqueléticos	154
Vitaminas Y Minerales	154

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	4	PA BvD; HI; NDS
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i>	1	PA BvD; GC
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	4	HI; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	4	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	GC
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	4	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	4	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	4	PA NSO; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	4	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	GC
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	GC
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	3	PA NSO; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	4	PA NSO; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO; HI; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	1	PA BvD; GC
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	4	PA NSO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	4	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG	3	PA BvD; ST; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>	3	PA BvD; ST; NDS
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	4	PA NSO; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	4	HI; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	1	GC; HI
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	3	PA NSO; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	3	PA NSO; NDS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	3	PA NSO; NDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	3	PA NSO; NDS
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	4	NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	4	PA NSO; HI; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	3	HI; NDS
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	GC
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	4	PA NSO; NDS
<i>flouxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD; GC
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	1	GC
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	4	NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	1	PA BvD; GC; HI
<i>gemcitabine intravenous solution 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)</i>	1	PA BvD; GC; HI
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	4	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	GC
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	1	GC
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	1	GC
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	1	PA NSO; GC; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; GC; QL (60 per 30 days)
IMBRUWICA ORAL CAPSULE 140 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUWICA ORAL CAPSULE 70 MG	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUWICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUWICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	3	PA NSO; NDS; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml</i>	1	GC; HI
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	4	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	4	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	4	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	4	PA NSO; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	4	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)	4	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	GC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	4	NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	3	PA NSO; NDS
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	4	PA NSO; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	4	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	4	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	4	PA NSO; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	4	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	4	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG	4	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	4	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	GC
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	GC
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST; GC
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	1	GC; HI
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	4	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	4	PA NSO; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	4	PA NSO; NDS
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	1	GC; HI
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	GC; HI
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	1	PA BvD; GC; HI
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i>	4	PA BvD; HI; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium 1 gm/40 ml suv, p/f 25 mg/ml</i>	4	HI; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	4	HI; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg</i>	4	HI; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	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)	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	4	NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	4	PA NSO; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	PA NSO; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	4	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	3	NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	4	PA NSO; NDS
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	4	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	NDS
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	4	NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO; NDS
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	4	NDS
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	4	PA NSO; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO; HI; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	2	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	1	GC; HI
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	3	PA BvD; ST; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	4	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)	4	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)	4	PA NSO; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	4	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	4	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	4	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)	4	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	3	PA NSO; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	4	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	4	PA NSO; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	1	GC
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	GC
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION</i>	2	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>	1	GC
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation</i>	1	GC; QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1	GC
<i>NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG</i>	3	NDS; QL (2688 per 365 days)
<i>SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML</i>	4	NDS; QL (0.5 per 30 days)
<i>SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML</i>	4	NDS; QL (1.5 per 30 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC; QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	1	GC
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	1	GC; QL (150 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg</i>	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	GC; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	GC; QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	GC
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 30 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent 2 mg/ml</i>	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner 4 mg/ml</i>	1	GC
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i>	1	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i>	3	NDS; 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>	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	1	GC; QL (10 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	GC
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	GC; QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	ST; GC; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	ST; NDS
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	1	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)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	2	QL (1.5 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	2	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide-metformin oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	1	GC; QL (150 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	2	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	4	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	4	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	2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	2	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	2	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	2	QL (2 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	2	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prot-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	1	GC; SI; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prot-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	1	GC; SI; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	1	GC; SI; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	1	GC; SI; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	1	GC; SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	2	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	2	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	2	SI; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	2	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	1	GC; QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	1	GC; QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	GC; QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	1	GC
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	GC
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	3	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	ST; GC; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	1	GC
Agentes Antimigránea		
Agentes Antimigránea		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML	2	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	2	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	1	GC; QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	4	NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	2	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	GC; QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	2	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	1	GC; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	1	GC; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	1	GC; QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	3	NDS; QL (4 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

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>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	1	GC; QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	2	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (6 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	3	NDS
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	3	NDS
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	3	PA BvD; NDS
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; GC; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; GC; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1	PA BvD; GC; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	1	PA BvD; GC
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	1	GC
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	1	GC
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	GC
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	3	PA BvD; NDS; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i>	1	GC; QL (2 per 28 days)
<i>gransetron (pf) intravenous solution 100 mcg/ml</i>	1	GC
<i>gransetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	GC
<i>gransetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml	1	GC
ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml	1	GC
ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml	1	GC
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	1	PA BvD; GC
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	1	PA BvD; GC
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	1	PA BvD; GC
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	1	GC
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	GC
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	1	GC
promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	1	GC
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	1	GC; QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
albendazole oral tablet 200 mg	4	NDS
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	1	GC
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	1	GC
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	1	GC
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	3	NDS
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	1	GC; QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	1	GC
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	3	NDS
mefloquine oral tablet 250 mg	1	GC
nitazoxanide oral tablet 500 mg	4	NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	1	GC
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>	1	GC; HI
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	3	NDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	4	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA; GC; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	GC
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	GC
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	1	GC
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	1	GC
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	1	GC
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	GC
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	1	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	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>	3	NDS
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	GC
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	4	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	2	QL (30 per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1- 193MG X1)	3	ST; NDS; 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>	1	GC
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	1	GC
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	GC
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	1	GC
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
<i>ariPIPRAZOLE oral solution 1 mg/ml</i>	1	GC; QL (900 per 30 days)
<i>ariPIPRAZOLE oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ariPIPRAZOLE oral tablet 2 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ariPIPRAZOLE oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	4	ST; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>ariPIPRAZOLE oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	4	NDS; QL (4.8 per 365 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	4	NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	4	NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	4	NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	4	NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	1	GC
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	GC
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	1	GC; QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; GC; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	1	ST; GC; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	4	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	3	ST; NDS
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	GC
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	GC
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	GC
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	GC
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	GC
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	GC
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	GC
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	4	NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	4	NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	4	NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	4	NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	4	NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	2	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	4	NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	4	NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	4	NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	4	NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	4	NDS; QL (2.63 per 84 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	2	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>loxpipine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	GC
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	1	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>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	GC
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	4	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	4	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	3	NDS; QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	4	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	GC; QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 3 mg, 4 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	3	ST; NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	GC; QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	3	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	4	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD; NDS
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA BvD; GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	3	NDS
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	1	GC; HI
dextrose 5%-water iv soln single use	1	GC; HI
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	3	PA BvD; NDS
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	3	PA BvD; NDS
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	3	PA BvD; NDS
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	PA BvD; NDS
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	3	PA BvD; NDS
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	3	PA BvD; NDS
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	GC
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr	1	GC; QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	1	GC; QL (8 per 28 days)
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	1	GC
droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	4	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	1	GC
methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg	1	GC
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	GC
phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml	1	GC
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	GC
Agentes Antiarritmicos		
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	1	GC
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	1	GC
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	GC
lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)	1	GC
lidocaine hcl 1% 50 mg/5 ml vial sdv, p/f 10 mg/ml (1 %)	1	GC
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg	1	GC
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	2	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	1	GC
procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml	1	GC
procainamide intravenous syringe 100 mg/ml	1	GC
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	1	GC
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	1	GC
quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg	1	GC
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	1	GC
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	1	GC
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	1	GC
betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg	1	GC
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	GC
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	1	GC
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1	GC
labetalol intravenous solution 5 mg/ml	1	GC; HI
labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)	1	GC; HI
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	GC
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	1	GC; HI
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	GC
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	1	GC
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	GC
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	1	GC
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1	GC
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml	1	GC; HI
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	GC
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	GC
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg	3	NDS
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	GC
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	GC
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	2	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	1	GC
digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	1	GC
digoxin 250 mcg tablet 250 mcg (0.25 mg)	1	GC
digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)	1	GC
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	1	GC
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	1	GC; QL (4 per 30 days)
epinephrine injection solution 1 mg/ml	1	GC
hydralazine injection solution 20 mg/ml	1	GC; HI
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	4	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg	4	NDS
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg	1	GC; QL (120 per 30 days)
sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	4	PA; NDS; QL (18 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML	3	NDS; QL (4 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	1	GC
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	1	GC
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	2	
EDARBYCLOL ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	2	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	2	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	2	QL (60 per 30 days)
eprosartan oral tablet 600 mg	1	GC
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	1	GC
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	1	GC
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	1	GC
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	1	GC
olmesartan-amlodipine-hctiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	1	GC
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	1	GC
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	1	GC
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	1	GC
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	1	GC
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	1	GC
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	1	GC
Dihidropiridinas		
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 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>	1	GC
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	1	GC
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	3	ST; NDS; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	GC
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg</i>	1	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>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	1	GC
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	1	GC
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	1	GC
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	1	GC
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	1	GC
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	1	GC
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	GC
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg</i>	1	GC
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	GC
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	1	GC
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	1	GC
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	GC
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG</i>	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG</i>	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>niacor oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	1	ST; GC; QL (120 per 30 days)
<i>PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML</i>	2	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	1	GC
<i>REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML</i>	2	QL (7 per 28 days)
<i>REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML</i>	2	QL (6 per 28 days)
<i>REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML</i>	2	QL (6 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	GC
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	1	GC; HI
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	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>	1	GC
<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	4	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)	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	1	GC
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	1	GC
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	1	GC
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	1	GC
enalapril maleate oral solution 1 mg/ml	1	ST; GC; QL (1200 per 30 days)
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1	GC
enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml	1	GC; HI
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	1	GC
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	GC
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	1	GC
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	1	GC
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	1	GC
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	1	GC
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	1	GC
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	1	GC
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	GC
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	1	GC
trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg	1	GC
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	1	GC
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML	3	ST; NDS; QL (600 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	GC
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG	2	
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	1	GC
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	1	GC
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	1	GC
isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg	1	GC
minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	1	GC
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	1	GC
nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	1	GC; HI
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	1	GC
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	1	GC
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
alosetron oral tablet 0.5 mg	1	GC
alosetron oral tablet 1 mg	4	NDS
balsalazide oral capsule 750 mg	1	GC
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg	3	NDS
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	4	ST; NDS
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	1	GC
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	1	GC
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	1	GC
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	1	GC; QL (120 per 30 days)
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg	1	GC
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sulfasalazine oral tablet 500 mg	1	GC
sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg	3	NDS
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION	2	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	1	GC; QL (300 per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	1	GC; QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml	4	NDS
calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation	1	GC; QL (3.7 per 28 days)
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	1	GC; HI
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	1	GC
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	1	GC
cinacalcet oral tablet 30 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 60 mg	4	NDS; QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	4	NDS; QL (120 per 30 days)
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	1	GC
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML	4	PA; NDS; QL (2.34 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	2	PA; QL (2.4 per 28 days)
ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml	1	GC; QL (3 per 84 days)
ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml	1	GC; QL (3 per 84 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	1	GC; QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	4	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
pamidronate intravenous recon soln 30 mg, 90 mg	1	GC; HI
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	1	GC; HI
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	1	GC
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	2	QL (1 per 180 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	2	QL (60 per 30 days)
risedronate oral tablet 150 mg	1	GC; QL (1 per 28 days)
risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	1	GC; QL (4 per 28 days)
risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg	1	GC; QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	2	PA; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	4	PA; NDS
zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg	1	GC
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	1	GC
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	1	GC; QL (100 per 300 days)
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	1	PA; GC; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	1	PA; GC; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	1	PA; GC; QL (60 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	4	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA BvD; GC
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	GC
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	4	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	1	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	4	PA; NDS; QL (14 per 7 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	4	PA; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	4	PA; NDS
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i> flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	1	GC
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i> glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i> glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i> glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i> glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i> guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	4	PA; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	4	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i> lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i> lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i> lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	GC
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	3	PA; NDS
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	4	PA; NDS
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i>	1	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>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	1	GC; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg, 36 mg (bx rating)</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	4	PA; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	4	PA; NDS; QL (2800 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	2	
TASCENO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	4	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>	1	GC
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	1	PA BvD; GC
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; GC
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG	2	QL (28 per 28 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	4	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-Injector 30 MG/ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-Injector 100 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	4	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	4	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV 1,000 MG (+/-)/20 ML	4	PA BvD; HI; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	4	PA BvD; HI; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	4	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)	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	4	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	2	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; GC; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; GC; QL (60 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	2	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	2	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	2	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	2	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	2	QL (30.6 per 30 days)
<i>wixela inhale inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
Antileucotrienos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	1	GC
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
Broncodilatadores		
<i>albuterol 5 mg/ml solution 5 mg/ml</i>	1	PA BvD; GC; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	GC; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	1	GC; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	1	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>	1	PA BvD; GC; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD; GC; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	GC
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	2	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	2	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	2	QL (8 per 30 days)
<i>elioxophyllin oral elixir 80 mg/15 ml</i>	1	GC
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	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>	1	PA BvD; GC; QL (540 per 30 days)
<i>metaproterenol oral syrup 10 mg/5 ml</i>	1	GC
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	2	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	GC
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	1	GC
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	GC
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	2	QL (60 per 30 days)

Agentes Dentales Y Orales

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dentales Y Orales		
cevimeline oral capsule 30 mg	1	GC
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	GC
denta 5000 plus dental cream 1.1 %	1	GC
dentagel dental gel 1.1 %	1	GC
fluoride (sodium) dental solution 0.2 %	1	GC
oralone dental paste 0.1 %	1	GC
paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	GC
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	GC
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	1	GC
sf 5000 plus dental cream 1.1 %	1	GC
sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %	1	GC
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	1	GC
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
ala-cort topical cream 1 %	1	GC
ala-scalp topical lotion 2 %	1	GC
alclometasone topical cream 0.05 %	1	GC
alclometasone topical ointment 0.05 %	1	GC
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	1	GC
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	1	GC
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	1	GC
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	1	GC
betamethasone valerate topical foam 0.12 %	1	GC
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	1	GC
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	1	GC
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	1	GC
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	1	GC
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	1	GC
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	1	GC
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	GC
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	1	GC
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	1	GC
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	1	GC
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	1	GC
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	1	GC
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	GC
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	1	GC
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	1	GC
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	1	GC
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	1	GC
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	1	GC; QL (180 per 30 days)
<i>EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	GC
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	1	GC
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	GC
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	1	GC
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	1	GC
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	GC
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	GC
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	GC
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	1	GC
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	GC
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone 2.5% cream 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	1	GC; QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	1	GC
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	GC
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	GC
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	GC
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	1	GC; QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	1	GC
<i>procto-pak topical cream with perineal applicator 1 %</i>	1	GC
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	GC
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	GC
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	GC; QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	GC
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	GC
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	1	GC; QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ALCOHOL 70% SWABS</i>	1	GC
<i>ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED</i>	1	GC
<i>ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED</i>	1	GC
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	1	GC
BD SINGLE USE SWAB	1	GC
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	1	GC
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	1	GC
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	1	GC
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	1	GC
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	1	GC
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	4	NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	1	GC
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	GC
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	GC
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	GC; QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES	1	GC
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	1	GC
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	2	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	4	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	1	GC
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	GC
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	GC
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	GC
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	1	GC
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	3	NDS; QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	1	GC
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	1	GC
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	GC
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	1	GC
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	1	GC
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	4	NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	GC
Antibacterianos Dermatológicos		
clindamycin phosphate topical foam 1 %	1	GC; QL (100 per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %	1	GC; QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	1	GC
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -5 %	1	GC
ery pads topical swab 2 %	1	GC
erythromycin with ethanol topical gel 2 %	1	GC; QL (180 per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	1	GC; QL (180 per 30 days)
erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %	1	GC
gentamicin topical cream 0.1 %	1	GC; QL (120 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	1	GC; QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	1	GC
metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %	1	GC
metronidazole topical lotion 0.75 %	1	GC
mupirocin topical ointment 2 %	1	GC; QL (220 per 30 days)
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml	1	GC
rosadan topical cream 0.75 %	1	GC
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	1	GC
silver sulfadiazine topical cream 1 %	1	GC
ssd topical cream 1 %	3	NDS
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	1	GC
Escabicidas Y Pediculicidas		
malathion topical lotion 0.5 %	1	GC
permethrin topical cream 5 %	1	GC
Retinoides Dermatológicos		
adapalene topical cream 0.1 %	1	GC
adapalene topical gel 0.1 %	1	GC
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	3	PA; NDS
tazarotene topical cream 0.1 %	1	GC
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	3	NDS
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	1	PA; GC
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %	1	PA; GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg	1	GC
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml	1	GC
cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg	1	GC
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg	1	ST; GC; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg	1	ST; GC; QL (60 per 30 days)
esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg, 40 mg	1	GC; HI
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml	1	GC; HI
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml	1	GC; HI
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	1	GC; HI
famotidine oral suspension 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	GC
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	GC
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	1	GC
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	1	GC
nizatidine oral solution 150 mg/10 ml	1	GC
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	GC
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram	1	ST; GC; QL (30 per 30 days)
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg	1	GC; HI
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
sucralfate oral tablet 1 gram	1	GC
Agentes Gastrointestinales, Otros		
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	4	PA; NDS
constulose oral solution 10 gram/15 ml	1	GC
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	1	GC
dicyclomine oral capsule 10 mg	1	GC
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	1	GC
dicyclomine oral tablet 20 mg	1	GC
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml	1	GC
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	1	GC
enulose oral solution 10 gram/15 ml	1	GC
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	4	PA; NDS
generlac oral solution 10 gram/15 ml	1	GC
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	1	GC
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	1	GC
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	2	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	2	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	2	QL (30 per 30 days)
loperamide oral capsule 2 mg	1	GC
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	2	QL (60 per 30 days)
methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1	GC
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	1	GC; HI
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml	1	GC; HI
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	1	GC
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1	GC
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	4	PA; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	4	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	4	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	4	PA; NDS; QL (11.2 per 28 days)
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	4	NDS
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1	GC
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	1	GC
ursodiol oral capsule 300 mg	1	GC
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	1	GC
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	2	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	1	GC
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	1	GC
lanthanum oral tablet, chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	4	NDS
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	3	NDS
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	4	NDS
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	1	GC
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg	1	GC
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	2	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM -12 GRAM/160 ML	2	
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 - 5.84 gram	1	GC
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 - 5.86 gram	1	GC
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	1	GC
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	2	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	2	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	1	GC
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	1	GC
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	1	GC
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	1	GC
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	GC
tiopronin oral tablet 100 mg	4	NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	1	GC
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	1	GC
flavoxate oral tablet 100 mg	1	GC
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	2	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	1	GC
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1	GC
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	1	GC
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	1	GC
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	1	GC
trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg	1	GC
trospium oral tablet 20 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	GC
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	GC
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA; GC
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; GC; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	PA; GC; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	PA; GC; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	PA; GC; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	1	PA; GC; QL (180 per 30 days)
<i>XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML</i>	2	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	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>	1	GC; QL (8 per 28 days)
<i>DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG</i>	2	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	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>	1	GC; QL (8 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	1	GC
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	GC; QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	GC
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	GC
<i>FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR</i>	3	NDS; QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	GC
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	1	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>	1	GC; QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	GC
<i>PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG</i>	2	
<i>PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG</i>	2	
<i>PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM</i>	2	
<i>PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)</i>	2	
<i>PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG</i>	2	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	1	GC
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	1	GC; QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	GC; HI

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml	1	GC
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml	1	GC; HI
dexamethasone sodium phosphate injection solution 4 mg/ml	1	GC
dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml	1	GC
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	1	GC
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	3	NDS
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	GC
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	1	GC
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	1	GC
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	1	GC
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	1	GC
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg	1	GC
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)	1	PA BvD; GC
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	1	PA BvD; GC
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	1	PA BvD; GC
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	1	PA BvD; GC
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	1	PA BvD; GC
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	1	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	3	NDS
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	1	GC
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; NDS; QL (35 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul p/f, outer, sdv 4 mcg/ml</i>	4	NDS
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	1	GC
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	GC
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	GC
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	4	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	4	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	4	PA; NDS
NORDITROPIN FLEXPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	4	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	GC
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	4	NDS
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	GC
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	4	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	4	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	4	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA; NDS
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	4	PA; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	4	PA; NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	4	PA; NDS
Progestinas		
hydroxyprogesterone cap(ppres) intramuscular oil 250 mg/ml	4	NDS
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	1	GC; QL (1 per 84 days)
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	1	GC; QL (1 per 84 days)
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	GC
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)	1	GC
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	1	GC
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml	1	GC
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	1	GC
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	4	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)	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	4	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	4	NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD; GC
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	4	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	4	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	4	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	4	PA; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	4	PA; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD; GC
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	4	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	4	PA BvD; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	4	PA BvD; NDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	4	PA BvD; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	4	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	4	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	4	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 %)	4	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD; GC
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	4	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	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	4	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 %)	4	PA BvD; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	4	PA; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; NDS
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	4	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	4	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	4	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	4	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD; GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	PA BvD; GC
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA BvD; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	4	PA BvD; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSA) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	4	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	4	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	4	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)	4	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	PA BvD; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	3	PA BvD; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	3	PA BvD; ST; NDS
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	2	
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	4	NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	4	PA BvD; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	4	PA; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	4	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	4	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	PA BvD; GC
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	4	PA; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	4	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	4	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	4	PA; HI; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	4	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	4	PA; NDS
Vacunas		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	2	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	2	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	2	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	2	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	2	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	2	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	2	
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	2	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	2	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	2	

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	2	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	2	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	2	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	2	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	2	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	2	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	2	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	2	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF- 48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	2	
PREHEVBARIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	2	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	2	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	2	
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)	2	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	2	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	2	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	2	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	2	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	2	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	2	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	2	
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	2	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	2	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	2	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	2	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	2	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)	2	
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	GC
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	GC
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	GC
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	2	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %</i>	3	NDS
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	GC
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	1	GC
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops, suspension 1 %</i>	1	GC
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	GC
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	1	GC
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	GC
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	GC
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	2	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	2	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	2	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	GC
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	1	GC; QL (2.5 per 25 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	3	NDS; 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 2 %</i>	1	GC
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	1	GC
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	1	GC
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops, suspension 0.3-0.1 %</i>	1	GC; QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	GC; QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	1	GC
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	1	GC
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC
<i>NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %</i>	3	NDS
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	1	GC
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	1	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	1	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	1	GC
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops, suspension 3.5-10,000-10 mg-unit/mg/ml</i>	1	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops, suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	GC
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	1	GC
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	1	GC
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	GC
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	1	GC
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	1	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>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	1	GC
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	1	GC
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	GC
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops, suspension 0.3-0.1 %</i>	1	GC
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	GC
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	3	NDS
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	2	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	2	ST; QL (10 per 25 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	1	GC
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	2	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	1	GC
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	1	GC
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	1	GC
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	2	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	1	GC; QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	1	GC
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	3	NDS
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	1	GC
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	1	GC; QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	2	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	QL (5.6 per 14 days)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	GC; QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	2	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	2	QL (5 per 16 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	1	GC; QL (10 per 13 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %	1	GC; QL (15 per 19 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	1	GC; QL (34 per 30 days)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	3	NDS
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %	1	GC
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	2	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	2	QL (5.5 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	2	ST; QL (32 per 30 days)
XXIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	2	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
alcaíne ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	GC
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	GC
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	3	NDS
azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)	1	GC; QL (30 per 25 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	1	GC; QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	1	GC
bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %	1	ST; GC
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	1	GC
cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %	1	GC
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	4	PA; NDS; QL (20 per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	4	PA; NDS; QL (60 per 28 days)
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	1	GC
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	1	GC; QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	1	GC; QL (15 per 10 days)
levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %	1	GC
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	1	GC; QL (30.5 per 30 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %	1	GC
proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	GC
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	PA; NDS
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS
betaine oral powder 1 gram/scoop	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	4	NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	1	GC
<i>ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG</i>	3	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM</i>	4	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML</i>	4	PA; NDS
<i>EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML</i>	4	PA; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	4	NDS
<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML</i>	2	
<i>GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML</i>	2	
<i>GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	1	GC; HI
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	1	GC
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	3	NDS
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	4	NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>MESNEX ORAL TABLET 400 MG</i>	4	NDS
<i>OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML</i>	4	PA; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	1	GC
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	3	NDS; QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	4	NDS; QL (24 per 14 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	2	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	2	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	1	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>epoprostenol (glycine) intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i>	4	PA; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	4	PA; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC; EX; CB (8 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; GC; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	4	PA; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	4	PA; NDS
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	4	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	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	4	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	4	PA; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	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>	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	1	GC; QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; GC; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	4	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	1	GC
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	1	GC
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	GC
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	GC
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	1	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>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	1	GC
<i>ketorolac injection cartridge 15 mg/ml</i>	1	GC; QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml</i>	1	GC; QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	1	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml</i>	1	GC; QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 30 mg/ml</i>	1	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	1	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	1	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	1	GC
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	GC
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	1	GC
<i>tolmetin oral tablet 200 mg, 600 mg</i>	1	GC
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	GC; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	GC; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	GC; QL (180 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml	1	GC
buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml	1	GC
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	1	GC; QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml	1	GC; QL (5 per 28 days)
codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	1	GC; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	1	GC; QL (240 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	1	PA; GC; QL (120 per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	1	GC; QL (10 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml	1	GC; QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg	1	GC; QL (240 per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg	1	GC; QL (150 per 30 days)
hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml	1	GC
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml	1	GC; QL (1200 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
methadone injection solution 10 mg/ml	1	GC; QL (120 per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml	1	GC; QL (600 per 30 days)
methadone oral solution 5 mg/5 ml	1	GC; QL (1200 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg	1	GC; QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
methadose oral tablet,soluble 40 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	1	PA; GC; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml	1	GC; QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	1	GC; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	3	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	3	NDS; QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg	1	GC; QL (90 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	1	PA; GC; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	1	GC; QL (1300 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg	1	GC; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	2	QL (60 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	1	GC; QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	1	GC; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	1	GC; QL (240 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	1	GC; QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i>	1	GC; QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>vicodin hp oral tablet 10-300 mg</i>	1	GC; QL (180 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	2	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	2	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	2	QL (240 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	GC; QL (180 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	PA; GC
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	1	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	1	GC
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; GC; QL (30 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	2	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>	4	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	4	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	1	PA; GC
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	4	PA; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	4	PA; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	4	PA; NDS
<i>FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET 1,000 MG</i>	4	PA; NDS
<i>FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML</i>	4	PA; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	4	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	4	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>	1	GC
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	1	GC
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	GC
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	GC
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	GC; HI
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	GC; HI
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	4	NDS
<i>TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG</i>	4	NDS; QL (224 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	GC; HI
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit</i>	1	GC
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	1	GC; HI
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	1	GC; HI
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml</i>	1	GC; HI
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	4	HI; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	4	HI; NDS
<i>FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML</i>	3	NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	1	GC; HI
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	GC
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	1	GC
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	1	GC; HI
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	1	GC; HI

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	HI; NDS
<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>	1	GC
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	1	GC; QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	1	GC; QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	PA; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	GC; HI
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	4	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	1	GC; HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	1	GC; HI
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	GC; HI
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	GC
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	GC
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	1	GC
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	1	GC; HI
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	GC; HI
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	GC
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	GC; HI
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	GC
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	1	GC; HI
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	GC; HI
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	GC
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
CEFTAZIDIME 2 GM PIGGYBACK 2 GRAM/50 ML	1	GC; HI
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 6 gram</i>	1	GC; HI
CEFTAZIDIME INJECTION RECON SOLN 2 GRAM	1	GC; HI
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	GC; HI
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	GC; HI
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	1	GC; HI
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	4	HI; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	GC; HI
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	GC
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	4	NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	4	NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	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>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	GC
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	GC
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	GC; HI
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	1	GC; HI
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	3	NDS
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>nafcillin 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	1	GC; HI
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	GC; HI
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	4	HI; NDS
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	1	GC; HI
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i>	1	GC; HI
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	GC; HI
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	GC; HI
<i>ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	GC; HI
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	GC
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	GC
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	1	GC; HI
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	GC
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	1	GC; HI
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	1	GC; HI
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline hyolate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>monodoxine nl oral capsule 100 mg</i>	1	GC
<i>monodoxine nl oral capsule 75 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	4	HI; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	GC
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	GC
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	GC
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	GC
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	GC; QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	GC
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	1	GC
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	GC; QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	GC
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	GC
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	GC
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	GC
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	GC
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	GC
balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	GC
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	GC
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	GC
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	GC
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	GC
camila oral tablet 0.35 mg	1	GC
caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	1	GC
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	1	GC
cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	GC
cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	1	GC
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	GC
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	1	GC
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	1	GC; QL (91 per 84 days)
deblitane oral tablet 0.35 mg	1	GC
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	GC
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	1	GC
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	1	GC
ELLA ORAL TABLET 30 MG	3	NDS; QL (6 per 365 days)
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	1	GC; QL (1 per 28 days)
emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	1	GC
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
errin oral tablet 0.35 mg	1	GC
estarrylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	GC
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	1	GC
etonogestrel-ethynodiol estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	1	GC; QL (1 per 28 days)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	GC
femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	GC
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	GC
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	GC
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	GC
hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg	1	GC
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	1	GC; QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	1	GC
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	1	GC; QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	1	GC
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	1	GC; QL (91 per 84 days)
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	GC
jencycla oral tablet 0.35 mg	1	GC
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	1	GC
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	1	GC
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	GC
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	GC
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	GC
kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	GC
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	GC
kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	1	GC
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>Inorgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	GC; QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	GC
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	GC
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	GC
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>larissa oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	GC
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	GC
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	GC
<i>levonorgestrel-ethynodiol-diol oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	1	GC
<i>levonorgestrel-ethynodiol-diol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	GC; QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	GC
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	GC
<i>lilow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	GC
<i>lojaimies oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	GC; QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	GC
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	GC
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	GC
<i>lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	GC
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	GC
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	GC
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	GC
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	1	GC
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	GC
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	1	GC
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	1	GC
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	GC
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	GC
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg	1	GC
norlyda oral tablet 0.35 mg	1	GC
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	1	GC
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	1	GC
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	GC
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	1	GC
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	GC
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	1	GC
nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	GC
orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	GC
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	GC
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	GC
pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg	1	GC
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	GC
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	GC
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	1	GC; QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	1	GC
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>simpesse oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	GC; QL (91 per 84 days)
<i>SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)</i>	3	NDS
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	GC
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	GC
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	GC
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	GC
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>tri-femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>tri-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	1	GC
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>tri-lo-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	GC
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	GC
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	GC
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	GC
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	GC
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	GC
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tyblume oral tablet,chewable 0.1 mg- 20 mcg	3	NDS
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	1	GC
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	GC
vienna oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	GC
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	GC
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	GC
vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	GC
vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	GC
wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	1	GC
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	1	GC; QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	1	GC; QL (3 per 28 days)
zarah oral tablet 3-0.03 mg	1	GC
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	GC
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg	1	GC
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	2	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	2	QL (60 per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	GC
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	1	GC
carbamazepine oral tablet 200 mg	1	GC
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	1	GC
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg	1	GC
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	3	NDS
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	1	GC; QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	3	NDS
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	3	NDS
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	1	GC
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	GC
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	ST; NDS; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	GC
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	GC
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	4	PA NSO; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i>	1	GC; HI
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	4	ST; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	GC; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	GC; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	GC; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	1	GC; QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	1	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14)</i>	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i>	1	GC; HI
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	GC
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)</i>	3	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	1	GC
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	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>	1	GC
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	1	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	GC; HI
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	GC; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	4	NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
rufinamide oral tablet 200 mg	1	GC
rufinamide oral tablet 400 mg	4	NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	3	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	1	GC
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	3	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	1	GC
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	1	GC
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	1	GC; HI
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml	1	GC
valproic acid oral capsule 250 mg	1	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)	3	NDS
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	4	NDS
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrona oral powder in packet 500 mg	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML	2	QL (200 per 5 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	3	ST; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	3	ST; NDS; 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)	3	ST; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	3	NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	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>	1	GC
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	4	ST; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	GC
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	GC; QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	GC
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	3	ST; NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	GC
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	3	NDS
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	GC
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	GC
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	GC
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	1	GC
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	GC
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	3	PA NSO; NDS
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	4	PA NSO; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	1	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>	1	GC
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	3	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
VIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	2	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	3	PA BvD; NDS
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	PA BvD; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	4	PA BvD; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i>	1	GC; HI

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ciclopirox topical cream 0.77 %	1	GC; QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical gel 0.77 %	1	GC; QL (300 per 30 days)
ciclopirox topical shampoo 1 %	1	GC
ciclopirox topical solution 8 %	1	GC; QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	1	GC; QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	1	GC
clotrimazole topical cream 1 %	1	GC
clotrimazole topical solution 1 %	1	GC
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	1	GC; QL (90 per 30 days)
clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %	1	GC; QL (90 per 30 days)
econazole topical cream 1 %	1	GC; QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	1	GC; HI
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	1	GC
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	1	GC
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	4	NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	1	GC
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	1	GC
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	1	GC
itraconazole oral capsule 100 mg	1	GC
itraconazole oral solution 10 mg/ml	4	PA; NDS
ketoconazole oral tablet 200 mg	1	GC
ketoconazole topical cream 2 %	1	GC; QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical foam 2 %	1	ST; GC; QL (100 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	1	GC; QL (360 per 30 days)
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg	1	GC
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML	4	HI; NDS
NOXAFIL ORAL SUSP,DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	4	PA; NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	1	GC; QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	1	GC; QL (900 per 30 days)
nystatin oral tablet 500,000 unit	1	GC
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	1	GC; QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	1	GC; QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	1	GC; QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%	1	GC
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%	1	GC
nystop topical powder 100,000 unit/gram	1	GC; QL (60 per 30 days)
posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg	4	PA; NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	1	GC
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	4	PA BvD; HI; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	4	PA; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	1	GC
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml	1	GC
carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg	1	GC
clemastine oral tablet 2.68 mg	1	GC
cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml	1	GC
cyproheptadine oral tablet 4 mg	1	GC
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	1	GC
diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml	1	GC
diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml	1	GC
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	1	GC
hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml	1	GC
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	1	GC
levocetirizine oral tablet 5 mg	1	GC
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	1	GC
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	1	GC
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	1	GC
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml	1	GC
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	1	GC
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	3	NDS
pyrazinamide oral tablet 500 mg	1	GC
rifabutin oral capsule 150 mg	1	GC
rifampin intravenous recon soln 600 mg	1	GC; HI
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	1	GC
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	4	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	3	NDS
Antivirales (Sítémico)		
Antirretrovirales		
abacavir oral solution 20 mg/ml	1	GC
abacavir oral tablet 300 mg	1	GC
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	1	GC
abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg	4	NDS
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	4	NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	4	NDS
atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	1	GC
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	4	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	4	NDS
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml), 600 mg/3 ml (200 mg/ml)	4	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	4	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	4	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	4	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	4	NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	1	GC
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	4	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	4	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	GC
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	4	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	4	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	GC
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	4	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	3	NDS
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	4	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	4	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	4	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	4	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	3	NDS
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	4	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	4	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	4	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	4	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	4	NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	3	NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	1	GC; QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	1	GC
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	NDS
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	3	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	4	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	4	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	4	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	4	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG	4	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	3	NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	HI; NDS
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	4	NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	4	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	GC
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	4	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	2	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	4	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	GC
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	4	NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	4	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	4	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	GC
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	NDS
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	3	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	4	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	4	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	4	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	4	NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	4	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	4	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	4	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	3	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	GC
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	GC
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	1	GC; QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	1	GC; QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	1	GC; QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	1	GC; QL (540 per 180 days)
PAXLOVID (EUA) ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	NDS; QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	4	PA; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	4	PA; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	3	NDS; QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	1	GC
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE) 40 MG	3	NDS; QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	3	NDS; QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	3	NDS; QL (2 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	4	PA NSO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	4	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	4	NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	GC
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	GC
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	PA BvD; GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	1	PA BvD; GC
adefovir oral tablet 10 mg	1	GC
cidofovir intravenous solution 75 mg/ml	4	HI; NDS
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	GC
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	1	GC
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg	4	PA BvD; NDS
ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	4	PA BvD; NDS
lagevrio (eua) oral capsule 200 mg	3	NDS; QL (40 per 5 days)
ribavirin inhalation recon soln 6 gram	4	PA BvD; NDS
ribavirin oral capsule 200 mg	1	GC
ribavirin oral tablet 200 mg	1	GC
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	1	GC
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	4	NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg	1	GC
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA BvD; NDS
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	GC
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	GC
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE 1 ML	1	GC
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML 1 ML	1	GC
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 27 X 5/8 "	1	GC
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	GC
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
CAREONE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT, HRI 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	1	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	1	GC
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	GC
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	GC
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)- 200/BAG 2 X 2 "	1	GC
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	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"	1	GC
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 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	GC
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	GC
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	GC
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML 1 ML	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	GC
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	GC
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	GC
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML 1 ML	1	GC
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	1	GC
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	1	GC
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	GC
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	GC
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	1	GC
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	1	GC
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	1	GC
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	GC
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	1	GC
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	
INSULIN SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
INSULIN SYRING 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	GC
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	1	GC
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	1	GC
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	1	GC
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	GC
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	1	GC
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	GC
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
LITETOUGH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
LITETOUGH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
LITETOUGH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
LITETOUGH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
LITETOUGH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
LITETOUGH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
LITETOUGH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
LITETOUGH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
LITETOUGH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
LITETOUGH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	1	GC
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	GC
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	GC
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	GC
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	GC
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	GC
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	1	GC
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	GC
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) 1 ML	1	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
NOVOFINE 30 NEEDLE	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	1	GC
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	1	GC
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	1	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	1	GC
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	GC
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

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"	1	GC
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	GC
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	GC
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", STERILE 2 X 2 "	1	GC
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	1	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"	1	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	1	GC
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	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"	1	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"	1	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	GC
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	1	GC
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	1	GC
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8"	1	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	1	GC
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8"	1	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	GC
TRUE COMFR PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
ULT CFT 0.3 ML 30GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

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

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

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"	1	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"	1	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	1	GC
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	1	GC
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	1	GC
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	GC
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	GC
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	GC
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	GC
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	1	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	GC
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	GC
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	GC
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	GC
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	GC
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	1	GC
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	GC
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	GC
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	GC
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	GC
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	GC
V-GO 20 DEVICE	2	
V-GO 30 DEVICE	2	
V-GO 40 DEVICE	2	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)	1	GC; HI
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	1	GC; HI
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	1	GC; HI
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE	3	HI; NDS
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	HI; NDS
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	HI; NDS
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	1	GC
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	1	GC
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	1	GC
magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml	1	GC; HI
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)	1	GC; HI
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	1	GC; HI
magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml	1	GC; HI
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	HI; NDS
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	HI; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	HI; NDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	1	PA BvD; GC; HI
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	GC
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	GC; HI
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	1	GC
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	GC; HI
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	3	HI; NDS
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	1	GC; HI
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	1	GC; HI
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	3	NDS
Productos Para La Tos Y Resfriado		
Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	GC; EX
Productos		
Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	4	PA; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	GC
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	3	PA; NDS
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i>	1	GC
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	GC
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	2	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	2	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	GC; QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	1	GC; QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	1	GC; QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	1	GC; QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	4	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	GC; QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	4	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	4	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	1	GC; HI
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	1	GC; HI

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	GC; HI
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	1	GC; HI
<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>	1	GC
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)-20 MG (9)	2	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	GC
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	GC
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	4	PA; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
FYLNTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	4	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	4	NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	4	NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	4	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	4	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	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	2	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	2	PA; QL (4 per 28 days)

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	4	HI; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	4	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	4	HI; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000-180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	2	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	4	HI; NDS
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	4	HI; NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	4	PA; HI; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	4	PA; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i>	4	PA; NDS
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	4	PA; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	4	PA BvD; NDS
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	4	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	4	HI; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	PA; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	4	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	4	PA; NDS

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	4	PA BvD; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	4	PA; NDS
sapropterin oral tablet, soluble 100 mg	4	PA; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	4	PA; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	4	NDS
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	2	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	GC
chlorzoxazone oral tablet 250 mg	4	NDS; QL (120 per 30 days)
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1	GC
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	GC
dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	1	GC
revonto intravenous recon soln 20 mg	1	GC; HI
tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg	1	GC
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	1	GC
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	1	GC
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	1	GC
completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg	1	GC
cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml	1	GC; EX
dothelle dha oral capsule 35-1-200 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)	1	GC; EX
folic acid oral tablet 1 mg	1	GC; EX
folivane-ob capsule 85-1 mg	1	GC
hemenatal ob + dha oral combo pack 28 mg iron-6 mg iron-1 mg	1	GC
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg	1	GC
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg	1	GC
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg	1	GC
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg	1	GC
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg	1	GC
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	1	GC
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg	1	GC
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg	1	GC
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	1	GC
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg	1	GC
niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg	1	GC
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	1	GC
o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg	1	GC
pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	1	GC
pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	1	GC
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg	1	GC
pnv-omega softgel 28-1-300 mg	1	GC
pnv-vp-u oral capsule 106.5-1 mg	1	GC
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg	1	GC
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg	1	GC
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg - 430 mg	1	GC
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg	1	GC
prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg- 300 mg	1	GC
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg	1	GC
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prenatabs fa tablet 29-1 mg	1	GC
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg	1	GC
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	1	GC
prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg	1	GC
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	1	GC
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	1	GC
prenatal-u capsule 106.5-1 mg	1	GC
preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg	1	GC
pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg	1	GC
purefe ob plus capsule 106 mg iron- 1 mg	1	GC
purefe plus capsule 106 mg iron- 1 mg	1	GC
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg	1	GC
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	1	GC
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	1	GC
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	1	GC
taron-c dha capsule 35-1-200 mg	1	GC
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg	1	GC
triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg	1	GC
vinate care chewable tablet 40 mg iron- 1 mg	1	GC
virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg	1	GC
virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	1	GC
virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg	1	GC
virt-pn oral tablet 27-1 mg	1	GC
virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg	1	GC
vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg	1	GC
vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg	1	GC
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg	1	GC
vol-nate oral tablet 28 mg iron- 1 mg	1	GC
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	1	GC
vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg	1	GC
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	1	GC
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	1	GC

01/24/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 7).

ÍNDICE

1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	116
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	116
A	
abacavir.....	111
abacavir-lamivudine	111
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	111
ABELCET.....	108
ABILIFY MAINTENA	31
abiraterone.....	11
ABOUTTIME PEN NEEDLE	116, 117
ABRAXANE	11
acamprosate.....	21
acarbose	23
accutane.....	58
acebutolol.....	38
acetaminophen-codeine	86
acetazolamide	78
acetazolamide sodium	78
acetic acid	79
acetylcysteine.....	52
acitretin.....	58
ACTEMRA	69, 70
ACTEMRA ACTPEN	69
ACTHAR	67
ACTHIB (PF)	74
ACTIMMUNE.....	82
acyclovir	58, 115
acyclovir sodium	115, 116
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	74
ADAKVEO	149
adapalene	60
adefovir.....	116
ADEMPAS	84
adrucil	11
ADVAIR HFA	53
ADVOCATE PEN NEEDLE	117
ADVOCATE SYRINGES	117
afirmelle.....	96
AJOVY AUTOINJECTOR.....	27
AJOVY SYRINGE.....	27
AKYNZEO (FOSNETUPITANT)	28
AKYNZEO (NETUPITANT)	28
ala-cort.....	56
ala-scalp	56
albendazole	29
albuterol sulfate.....	54
alcaína	82
alclometasone	56
ALCOHOL PADS	58
ALCOHOL PREP PADS	59
ALCOHOL PREP SWABS	58
ALCOHOL SWABS	58
ALCOHOL WIPES	59
ALDURAZYME	153
ALECENSA	11
alendronate	47
alfuzosin	64
ALIMTA	11
aliskiren	45
allopurinol.....	27
alosetron.....	46
ALPHAGAN P	78
alprazolam	21, 22
ALREX	80
altavera (28).....	96
ALTRENO	60
ALUNBRIG	11
alyacen 1/35 (28)	96
alyacen 7/7/7 (28)	96
alyq	84
amabelz	65
amantadine hcl	30
AMBISOME	108
ambrisentan	84
amethia	96
amiloride	44
amiloride-hydrochlorothiazide	44
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	35
amiodarone	37
amitriptyline	106
amitriptyline-chlordiazepoxide	106
amlodipine	41
amlodipine-atorvastatin	42
amlodipine-benazepril	42
amlodipine-olmesartan	42
amlodipine-valsartan	42
amlodipine-valsartan-hcthiazid	42
ammonium lactate	58, 59
amoxapine	106
amoxicil-clarithromy-lansopraz	61
amoxicillin	94
amoxicillin-pot clavulanate	94
amphotericin b	108
amphotericin b liposome	108
ampicillin	94
ampicillin sodium	94
ampicillin-sulbactam	94
anagrelide	149

anastrozole	11	AUSTEDO.....	49	BD SAFETYGLIDE NEEDLE	119
ANORO ELLIPTA.....	55	AUVELITY.....	106	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	119
apomorphine	30	aviane	97	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE.....	119
apraclonidine	82	AVONEX	49	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	119
aprepitant	28	AVSOLA.....	70	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	119
APRETUDE	111	ayuna	97	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	119
apri	96	AYVAKIT	11	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	119
APTIOM.....	102	azacitidine	11	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	119
APTIVUS.....	111	azathioprine	70	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	119
aranelle (28)	96	azathioprine sodium	70	BELSOMRA.....	48
ARCALYST	70	azelastine	82	benazepril.....	45
aripiprazole	31	azithromycin.....	93	benazepril-hydrochlorothiazide	45
ARISTADA	32	aztreonam	92	BENDEKA.....	11
ARISTADA INITIO	31	azurette (28)	97	BENLYSTA	70
armodafinil	48	B		benzonatate	149
ARNUITY ELLIPTA	53	bacitracin	79, 91	benztropine	30
ascomp with codeine	87	bacitracin-polymyxin b	79	bepotastine besilate	82
asenapine maleate	32	baclofen	154	BESREMI	70
ashlyna	96	bal-care dha	154	betaine	82
aspirin-dipyridamole	151	bal-care dha essential	154	betamethasone acet,sod phos	66
ASSURE ID DUO-SHIELD	117	balsalazide	46	betamethasone dipropionate	56
ASSURE ID INSULIN SAFETY	117, 118	BALVERSA.....	11	betamethasone valerate	56
ASSURE ID PEN NEEDLE	117, 118	balziva (28)	97	betamethasone, augmented	56, 57
atazanavir	111	BCG VACCINE, LIVE (PF).75		BETASERON	49
atenolol.....	38	BD ALCOHOL SWABS.....	59	betaxolol	38, 78
atenolol-chlorthalidone.....	38	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	118	bethanechol chloride	64
atomoxetine	48	BD ECLIPSE LUER-LOK.118		bexarotene	11
atorvastatin	42	BD INSULIN SYRINGE	118	BEXZERO.....	75
atovaquone	29	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....	118	bicalutamide.....	11
atovaquone-proguanil	29	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	118		
atropine	82	BD INSULIN SYRINGE U-500	118		
ATROVENT HFA.....	55	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	118		
AUBAGIO.....	49	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	118		
aubra eq	96	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	118, 119		
aurovela 1.5/30 (21)	96				
aurovela 1/20 (21)	96				
aurovela 24 fe	96				
aurovela fe 1.5/30 (28).....	96				
aurovela fe 1-20 (28).....	96				

BICILLIN L-A	94
BIDIL	46
BIKTARVY	111
bimatoprost	78
bisoprolol fumarate	38
bisoprolol-	
hydrochlorothiazide	38
bleomycin	11
bleph-10	79
blisovi 24 fe	97
blisovi fe 1.5/30 (28)	97
blisovi fe 1/20 (28)	97
BOOSTRIX TDAP	75
BORDERED GAUZE	119
bortezomib	11
BORTEZOMIB	11
bosentan	84
BOSULIF	11
BRAFTOVI	11
BREO ELLIPTA	53
BREZTRI AEROSPHERE ..	55
briellyn	97
BRILINTA	151
brimonidine	78
brimonidine-timolol	78
brinzolamide	78
BRIVIACT	102
bromfenac	80
bromocriptine	30
BROMSITE	80
BRUKINSA	11
budesonide	46, 53
bumetanide	44
buprenorphine	87
buprenorphine hcl	21, 87
buprenorphine-naloxone	21
bupropion hcl	106
bupropion hcl (smoking deter)	21
buspirone	83
butalbital-acetaminop-caf-cod	87
butalbital-acetaminophen ..	87
butalbital-acetaminophen-caff	87
butalbital-aspirin-caffeine ..	87
butorphanol	87
C	
CABENUVA	111
cabergoline	30
CABLIVI	149
CABOMETYX	11
cabotegravir	111
caffeine citrate	49
calcipotriene	59
calcitonin (salmon)	47
calcitriol	47
calcium acetate(phosphat bind)	63
calcium chloride	148
CALQUENCE	12
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ..	11
camila	97
candesartan	41
candesartan- hydrochlorothiazid	41
CAPLYTA	32
CAPRELSA	12
captopril	45
captopril-hydrochlorothiazide	45
carbamazepine	102
carbidopa	30
carbidopa-levodopa	30
carbidopa-levodopa- entacapone	30
carboxamine maleate	110
carboplatin	12
CAREFINE PEN NEEDLE	119, 120
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	59
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	120
CARETOUCH PEN NEEDLE	120
carglumic acid	62
CAROSPIR	45
carteolol	78
cartia xt	39
carvedilol	38
caspofungin	108
CAYSTON	92
caziant (28)	97
cefaclor	92
cefadroxil	92
cefazolin	92
cefazolin in dextrose (iso-os)	92
cefdinir	92
cefepime	92
cefixime	92
cefotaxime	93
cefoxitin	93
cefpodoxime	93
cefprozil	93
ceftazidime	93
CEFTAZIDIME	93
CEFTAZIDIME IN D5W ..	93
ceftriaxone	93
cefuroxime axetil	93
cefuroxime sodium	93
celecoxib	85
CELONTIN	102
cephalexin	93
CERDELGA	153
CEREZYME	153
cevimeline	56
chateal eq (28)	97
chloramphenicol sod succinate	91
chlordiazepoxide hcl	22
chlorhexidine gluconate ..	56
chloroquine phosphate	29

chlorothiazide sodium	44	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	36	codeine-butalbital-asa-caff	87
chlorpromazine	32	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	36	colchicine	27
chlorthalidone	44	CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE) ..	36	colesevelam	42
chlorzoxazone	154	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) ..	36	colestipol	42
cholestyramine (with sugar)	42	CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE) ..	36	colistin (colistimethate na) ..	91
cholestyramine light	42	CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE) ..	36	COMBIVENT RESPIMAT ..	55
ciclopirox	109	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	36	COMETRIQ	12
cidofovir	116	CLINIMIX E 4.25%/D10W SULF FREE	36	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	121, 122
cilostazol	151	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	36	COMFORT EZ PEN NEEDLES	121
CIMDUO	111	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	36	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	122
cimetidine	61	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	36	COMPLERA	111
cimetidine hcl	61	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	36	completenate	154
CIMZIA	70	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	36	compro	28
CIMZIA POWDER FOR RECONST	70	clocabazam	102	constulose	62
cinacalcet	47	clobetasol	57	COPAXONE	49
CINQAIR	52	clobetasol-emollient	57	COPIKTRA	12
CINRYZE	151	clomipramine	106	CORLANOR	40
ciprofloxacin	95	clonazepam	22	CORTROPHIN GEL	68
ciprofloxacin hcl	79, 95	clonidine	37	COSENTYX	70
ciprofloxacin in 5 % dextrose	95	clonidine hcl	37, 49	COSENTYX (2 SYRINGES)	70
ciprofloxacin-dexamethasone	79	clopidogrel	151	COSENTYX PEN (2 PENS)	70
citalopram	106	clorazepate dipotassium	22	COTELLIC	12
cladribine	12	clotrimazole	109	CREON	153
clarithromycin	93	clotrimazole-betamethasone	109	cromolyn	52, 62, 82
clemastine	110	clozapine	32	cryselle (28)	97
CLENPIQ	63	c-nate dha	154	CURAD GAUZE PAD	122
CLICKFINE PEN NEEDLE	120, 121	COARTEM	29	CURITY ALCOHOL SWABS	59
clindamycin hcl	91	codeine sulfate	87	CURITY GAUZE	123
clindamycin in 5 % dextrose	91			cyanocobalamin (vitamin b- 12)	154
clindamycin pediatric	91			cyclafem 1/35 (28)	97
clindamycin phosphate 60, 90, 91				cyclafem 7/7/7 (28)	97
clindamycin-benzoyl peroxide	60			cyclobenzaprine	154
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	35			cyclopentolate	82
				cyclophosphamide	12
				CYCLOPHOSPHAMIDE	12

cyclosporine.....	70, 80	dilt-xr	39
cyclosporine modified	70	dimenhydrinate.....	28
cyproheptadine	110	dimethyl fumarate	49, 50
CYRAMZA	12	DIPENTUM	46
cyred eq	97	diphenhydramine hcl	110
CYSTADROPS	82	diphenoxylate-atropine.....	62
CYSTARAN	82	dipyridamole	151
D		disopyramide phosphate....	37
d5 % and 0.9 % sodium chloride.....	148	disulfiram	21
d5 %-0.45 % sodium chloride	148	divalproex.....	103
dalfampridine	49	docetaxel.....	12
DALIRESP	52	dofetilide	37
danazol.....	65	donepezil	22, 23
dantrolene	154	DOPTELET (10 TAB PACK)	151
DANYELZA.....	12	DOPTELET (15 TAB PACK)	151
dapsone	111	DOPTELET (30 TAB PACK)	151
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	75	dorzolamide	78
daptomycin	91	dorzolamide-timolol	78
DARZALEX.....	12	dothelle dha	154
DARZALEX FASPRO	12	dotti.....	65
dasetta 1/35 (28).....	97	DOVATO	112
dasetta 7/7/7 (28)	97	doxazosin	37
DAURISMO	12	doxepin	106
daysee	97	doxercalciferol	47
deblitane.....	97	doxorubicin.....	12
decitabine.....	12	doxorubicin, peg-liposomal	12
deferasirox	90	doxy-100.....	95
deferiprone.....	90	doxycycline hyclate.....	95, 96
deferoxamine.....	90	doxycycline monohydrate	96
DELSTRIGO.....	111	DRIZALMA SPRINKLE	106
demeclocycline	95	dronabinol	28
DENGVAXIA (PF).....	75	droperidol	28
denta 5000 plus	56	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	123
dentagel	56	DROPLET INSULIN SYRINGE	123, 124
DERMACEA	123	DROPLET MICRON PEN NEEDLE	124
DERMACEA NON-WOVEN	123	DROPLET PEN NEEDLE	124
DESCOZY	111		
desipramine	106		

DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....	59	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	126	enalapril-hydrochlorothiazide	45
DROPSAFE PEN NEEDLE	124	EASY TOUCH UNI-SLIP ..	127	ENBREL	71
drospirenone-ethinyl estradiol	97	ec-naproxen.....	85	ENBREL MINI.....	71
DROXIA.....	149	econazole.....	109	ENBREL SURECLICK	71
droxidopa	37	EDARBI	41	ENDARI	83
DUAVEE	65	EDARBYCLOR	41	endocet.....	87
duloxetine.....	106, 107	EDURANT.....	112	ENGERIX-B (PF)	75
DUPIXENT PEN	70	efavirenz.....	112	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	75
DUPIXENT SYRINGE	70	efavirenz-emtricitabin-tenofov disop	112	enoxaparin	150
dutasteride	64	EGRIFTA SV	68	enpresse.....	97
dutasteride-tamsulosin.....	64	ELAPRASE.....	153	enskyce	97
E		ELIGARD	13	ENSPRYNG.....	50
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	59	ELIGARD (3 MONTH).....	12	entacapone	30
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	124, 125	ELIGARD (4 MONTH).....	13	ENTADFI	64
EASY COMFORT PEN NEEDLES	125	ELIGARD (6 MONTH).....	13	entecavir.....	116
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	125	elinest	97	ENTRESTO	41
EASY GLIDE PEN NEEDLE	125	ELIQUIS	150	enulose	62
EASY TOUCH.....	127	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	150	EPCLUSA	114
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	59	ELITEK	153	EPIDIOLEX	103
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	126	elixophyllin	55	epinastine	82
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE	126	ELLA	97	epinephrine	40
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	126	ELMIRON.....	83	epitol.....	103
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	125, 126, 127	eluryng.....	97	EPIVIR HBV.....	112
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	126	EMCYT	13	eplerenone	46
EASY TOUCH PEN NEEDLE	127	EMEND.....	28	epoprostenol (glycine).....	84
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....	127	EMGALITY PEN	27	EPRONTIA.....	103

erythromycin-benzoyl peroxide	60	famotidine.....	61	fluconazole in nacl (iso-osm)	109
ESBRIET.....	52	famotidine (pf)	61	flucytosine	109
escitalopram oxalate	107	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	61	fludrocortisone	67
esomeprazole magnesium	61	FANAPT	32	flumazenil	50
esomeprazole sodium.....	61	FARXIGA	23	flunisolide	81
estarrylla	98	FARYDAK	13	fluocinolone	57
estazolam.....	22	FASENRA	52	fluocinolone acetonide oil ..	81
estradiol.....	65, 66	FASENRA PEN.....	52	fluocinonide	57
estradiol valerate	66	febuxostat.....	27	fluocinonide-emollient	57
estradiol-norethindrone acet	66	felbamate	103	fluoride (sodium)	56
eszopiclone.....	48	felodipine	42	fluorometholone	81
ethambutol.....	111	FEMRING.....	66	fluorouracil.....	13, 59
ethosuximide	103	femynor.....	98	fluoxetine	107
ethynodiol diac-eth estradiol	98	fenofibrate	43	fluphenazine decanoate.....	32
etodolac.....	85	fenofibrate micronized.....	43	fluphenazine hcl	32
etonogestrel-ethinyl estradiol	98	fenofibrate nanocrystallized.....	43	flurazepam	22
ETOPOPHOS.....	13	fenofibric acid (choline).....	43	flurbiprofen	85
etoposide	13	fenoprofen.....	85	flurbiprofen sodium	81
etravirine	112	fentanyl	87	flutamide	13
EUCRISA.....	57	fentanyl citrate	87	fluticasone propionate ..	57, 81
EVENITY.....	47	FERRIPROX.....	90	fluticasone propion-	
everolimus (antineoplastic)	13	FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	90	salmeterol.....	54
everolimus (immunosuppressive).....	71	fesoterodine	64	fluvastatin	43
EVOTAZ.....	112	FETZIMA	107	fluvoxamine	107
EVRYSDI	83	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	25	folic acid.....	155
EXEL INSULIN.....	128	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	25	folivane-ob.....	155
exemestane	13	FIASP U-100 INSULIN	25	fomepizole	83
EXKIVITY.....	13	finasteride.....	64	fondaparinux	150
EXONDYS-51	83	fingolimod.....	50	FORTEO	47
EYSUVIS	81	FINTEPLA	103	fosamprenavir	112
EZALLOR SPRINKLE.....	42	FIRVANQ	91	fosaprepitant	28
ezetimibe	42	flavoxate	64	foscarnet	115
ezetimibe-simvastatin	43	FLEBOGAMMA DIF	71	fosinopril	45
F		flecainide	38	fisinopril-hydrochlorothiazide	45
FABRAZYME	153	FLOVENT DISKUS.....	54	fosphenytoin	103
falmina (28).....	98	FLOVENT HFA	54	FOTIVDA	13
famciclovir	116	floxuridine.....	13	FREESTYLE PRECISION128	
		fluconazole.....	109	FULPHILA	151
				fulvestrant	13
				furosemide	44

FUZEON	112	glipizide-metformin	26	HERCEPTIN HYLECTA	14
fyavolv	66	glyburide.....	26	HERZUMA	14
FYCOMPA.....	103	glyburide micronized	26	HETLIOZ	48
FYLNETRA.....	151	glyburide-metformin.....	26	HETLIOZ LQ.....	48
G		glycopyrrolate.....	62	HIBERIX (PF)	75
gabapentin	103	glydo	89	HUMIRA	72
GALAFOLD	153	GLYXAMBI.....	23	HUMIRA PEN	71
galantamine	23	granisetron (pf).....	28	HUMIRA PEN CROHNS-UC-	
GAMIFANT	71	granisetron hcl.....	28	HS START	71
GAMMAGARD LIQUID.....	71	GRANIX.....	151, 152	HUMIRA PEN PSOR-	
GAMMAGARD S-D (IGA < 1		griseofulvin microsize.....	109	UVEITS-ADOL HS.....	71
MCG/ML).....	71	griseofulvin ultramicrosize	109	HUMIRA(CF)	72
GAMMAPLEX	71	guanfacine	37, 50	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
GAMMAPLEX (WITH		GVOKE.....	83	STARTER	72
SORBITOL)	71	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK		HUMIRA(CF) PEN	72
GAMUNEX-C	71	.....	83	HUMIRA(CF) PEN	72
ganciclovir sodium.....	116	GVOKE PFS 1-PACK		CROHNS-UC-HS.....	72
GARDASIL 9 (PF)	75	SYRINGE.....	83	HUMIRA(CF) PEN	72
gatifloxacin.....	79	H		PEDIATRIC UC.....	72
GATTEX 30-VIAL	62	HAEGARDA.....	152	HUMIRA(CF) PEN PSOR-	
GAUZE PAD.....	128	hailey.....	98	UV-ADOL HS.....	72
gavilyte-c	63	hailey 24 fe	98	HUMULIN R U-500 (CONC)	
gavilyte-g	63	hailey fe 1.5/30 (28).....	98	INSULIN	25
gavilyte-n	63	hailey fe 1/20 (28).....	98	HUMULIN R U-500 (CONC)	
GAVRETO	13	halobetasol propionate	57	KWIKPEN.....	25
gemcitabine	13	haloette.....	98	hydralazine.....	40
gemfibrozil	43	haloperidol	33	hydrochlorothiazide	44
generlac	62	haloperidol decanoate.....	33	hydrocodone-acetaminophen	
gentraf	71	haloperidol lactate	33	.....	87, 88
gentak.....	79	HARVONI.....	114	hydrocodone-ibuprofen.....	88
gentamicin	60, 79, 90	HAVRIX (PF)	75	hydrocortisone....	46, 57, 58, 67
gentamicin sulfate (ped) (pf)		HEALTHWISE INSULIN		hydrocortisone butyrate	57, 58
.....	90	SYRINGE.....	128, 129	hydrocortisone valerate	58
gentamicin sulfate (pf)	90	HEALTHWISE PEN NEEDLE		hydrocortisone-acetic acid..	79
GENVOYA.....	112	.....	129	hydromorphone	88
GILENYA	50	HEALTHY ACCENTS		hydromorphone (pf).....	88
GILOTRIF	13	UNIFINE PENTIP	129	hydroxychloroquine	29
GIVLAARI	150	heather	98	hydroxyprogesterone	
glatiramer	50	HEMADY	67	cap(ppres).....	69
glatopa.....	50	hemenatal ob + dha	155	hydroxyurea	14
glimepiride	26	heparin (porcine).....	150	hydroxyzine hcl.....	110
glipizide	26	heparin, porcine (pf)	151	hydroxyzine pamoate	83

HYQVIA.....	72
I	
ibandronate.....	47
IBRANCE	14
ibu.....	86
ibuprofen	86
ibuprofen-famotidine	86
icatibant.....	40
iclevia.....	98
ICLUSIG.....	14
icosapent ethyl.....	43
IDHIFA.....	14
ifosfamide.....	14
ILARIS (PF).....	72
ILEVRO	81
ILUMYA.....	72
imatinib	14
IMBRUVICA.....	14
imipenem-cilastatin.....	92
imipramine hcl	107
imipramine pamoate.....	107
imiquimod.....	59
IMJUDO.....	14
IMLYGIC	14
IMOVAZ RABIES VACCINE (PF).....	75
IMPAVIDO	29
INBRIJA.....	30
incassia	98
INCONTROL ALCOHOL PADS.....	59
INCONTROL PEN NEEDLE	129
INCRELEX.....	68
indapamide	44
indomethacin	86
INFANRIX (DTAP) (PF).....	75
INFLECTRA.....	72
infliximab	72
INGREZZA.....	50
INGREZZA INITIATION PACK.....	50
INLYTA.....	14
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE.....	129
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE.....	129
INQOVI.....	14
INREBIC.....	14
insulin asp prt-insulin aspart	25
insulin aspart u-100	25
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK.....	129
INSULIN SYRINGE	118
INSULIN SYRINGE MICROFINE.....	118
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS.....	118
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	118, 120, 127, 128, 129, 130, 136, 139, 140
INSUPEN	130, 131
INTELENCE.....	112
INTRALIPID.....	37
INTRON A.....	115
INVEGA HAFYERA.....	33
INVEGA SUSTENNA.....	33
INVEGA TRINZA	33
INVELTYS.....	81
INVIRASE	112
IPOL.....	75
ipratropium bromide	55, 82
ipratropium-albuterol	55
irbesartan	41
irbesartan- hydrochlorothiazide	41
IRESSA	14
irinotecan.....	14
ISENTRESS	112
ISENTRESS HD	112
isibloom	98
ISOLYTE S PH 7.4	148
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	148
ISOLYTE-S	148
isoniazid.....	111
isosorbide dinitrate.....	46
isosorbide mononitrate.....	46
isosorbide-hydralazine	46
isradipine	42
itraconazole.....	109
IV PREP WIPES	59
ivermectin.....	29
IXIARO (PF).....	75
J	
jaimiess.....	98
JAKAFI.....	14
jantoven.....	151
JARDIANC E	23
jasmiel (28)	98
javygtor	153
JEMPERLI.....	14
jencycla	98
JENTADUETO	23
JENTADUETO XR	23
jinteli.....	66
juleber	98
JULUCA.....	112
junel 1.5/30 (21)	98
junel 1/20 (21).....	98
junel fe 1.5/30 (28)	98
junel fe 1/20 (28)	98
junel fe 24.....	98
JUXTAPI D	43
JYNARQUE	44
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE)	76
K	
kalliga.....	98
KALYDECO	52
KANJINTI	14
KANUMA	153
kariva (28)	98
KATERZIA.....	42

kelnor 1/35 (28).....	98	larin 1.5/30 (21).....	99	LINZESS	62
kelnor 1-50 (28).....	98	larin 1/20 (21)	99	liothyronine.....	65
KERENDIA	46	larin 24 fe	99	LISCO	131
KESIMPTA PEN	50	larin fe 1.5/30 (28)	99	lisinopril.....	45
ketoconazole	109	larin fe 1/20 (28).....	99	lisinopril-hydrochlorothiazide	45
ketoprofen.....	86	larissia.....	99	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	131
ketorolac.....	81, 86	latanoprost	78	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	131
KEVZARA	72	LATUDA	33	lithium carbonate.....	50
KEYTRUDA	15	leflunomide.....	72	LIVALO	43
KIMMTRAK.....	15	lenalidomide	15	lojaimiess.....	99
KINERET	72	LENVIMA	15	LOKELMA	62
KINRIX (PF).....	76	lessina.....	99	LONSURF	15
KISQALI	15	letrozole.....	15	loperamide	62
KISQALI FEMARA CO-PACK	15	leucovorin calcium	83	lopinavir-ritonavir.....	113
KLISYRI	59	LEUKERAN	15	lorazepam	22
klor-con m10.....	148	LEUKINE	152	lorazepam intensol.....	22
klor-con m15.....	148	leuprolide.....	15	LORBRENA	15
klor-con m20.....	148	leuprolide (3 month)	15	loryna (28).....	99
KLOXXADO	21	levetiracetam	104	losartan.....	41
KORLYM.....	23	levobunolol.....	78	losartan-hydrochlorothiazide	41
KOSELUGO	15	levocarnitine.....	83	LOTEMAX	81
kosher prenatal plus iron..	155	levocarnitine (with sugar)....	83	LOTEMAX SM.....	81
KRAZATI.....	15	levocetirizine	110	loteprednol etabonate	81
KRINTAFEL.....	29	levofloxacin	79, 82, 95	lovastatin	43
KRYSTEXXA.....	153	levofloxacin in d5w	95	low-ogestrel (28)	99
kurvelo (28).....	98	levoleucovorin calcium.....	83	loxapine succinate	33
KYNMOBI	30	levonest (28).....	99	lo-zumandimine (28).....	99
L		levonorg-eth estrad triphasic	99	lubiprostone	62
I norgest/e.estradiol-e.estrad	99	levora-28	99	LUMAKRAS	15
labetalol.....	38	levothyroxine	65	LUMIGAN.....	78
lacosamide.....	103	LEXIVA.....	113	LUPRON DEPOT.....	68
lactulose	62	lidocaine	89	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	15, 68
lagevrio (eua)	116	lidocaine (pf).....	38, 89		
lamivudine.....	112	lidocaine hcl.....	89		
lamivudine-zidovudine	112	lidocaine viscous.....	89		
lamotrigine	103, 104	lidocaine-prilocaine.....	89		
lanreotide	68	lillow (28).....	99		
lansoprazole	61	linezolid.....	91		
lanthanum	63	linezolid in dextrose 5%	91		
lapatinib.....	15				

LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	68
Iutera (28).....	99
LYBALVI.....	33
lyleq.....	99
lyllana	66
LYNPARZA.....	16
LYSODREN.....	16
LYTGOBI.....	16
lyza.....	99
M	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	132
MAGELLAN SYRINGE....	131
magnesium sulfate	148
magnesium sulfate in d5w	148
magnesium sulfate in water	148
malathion	60
maprotiline	107
maraviroc	113
MARGENZA.....	16
marlissa (28).....	99
marnatal-f.....	155
MARPLAN.....	107
MATULANE	16
matzim la.....	39
MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	50
MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	50
MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	50
MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	50
MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	50
MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	50
MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	51
MAVYRET.....	114
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	132
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	132
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	132
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	132
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	132
MAYZENT	51
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)	51
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)	51
meclizine	28
medroxyprogesterone	69
mefenamic acid	86
mefloquine	29
megestrol	16, 69
MEKINIST	16
MEKTOVI.....	16
meloxicam.....	86
memantine	23
MENACTRA (PF).....	76
MENQUADFI (PF).....	76
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	76
MEPSEVII	153
mercaptopurine	16
meropenem.....	92
merzee.....	99
mesalamine	46
mesna	83
MESNEX	83
metadate er.....	51
metaproterenol	55
metformin	23, 24
methadone	88
methadose	88
methazolamide	78
methenamine hippurate	91
methimazole	65
methocarbamol.....	154
methotrexate sodium.....	16
methotrexate sodium (pf)....	16
methoxsalen	59
methscopolamine.....	62
methyldopa	37
methylphenidate hcl	51
methylprednisolone	67
methylprednisolone acetate	67
methylprednisolone sodium succ.....	67
metoclopramide hcl	62
metolazone	44
metoprolol succinate	38
metoprolol ta-hydrochlorothiaz.....	38
metoprolol tartrate.....	39
metronidazole	60, 90, 91
metronidazole in nacl (iso-os)	91
metyrosine	40
mexiletine	38
miconazole-3	109
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	132
microgestin fe 1/20 (28).....	99
midazolam.....	22
midodrine.....	37
miglitol.....	24
miglustat	153
mili	99
mimvey	66
MINI ULTRA-THIN II	133
minitran	46
minocycline	96
minoxidil.....	46
mirtazapine	107
misoprostol.....	61
mitoxantrone	16
M-M-R II (PF)	76

m-natal plus	155
modafinil.....	48
moexipril.....	45
molindone	33
mometasone.....	58, 81
monodoxine nl.....	96
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING.....	133
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	133
MONOJECT SYRINGE	133
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN....	144
mono-linyah	99
montelukast	54
morphine	88
MORPHINE	88
morphine concentrate	88
MOVANTIK.....	62
moxifloxacin.....	79, 95
MOZOBIL.....	152
MULTAQ.....	38
mupirocin	60
MVASI	16
mycophenolate mofetil.....	73
mycophenolate mofetil (hcl)	72
mynatal.....	155
mynatal advance.....	155
mynatal plus	155
mynatal-z.....	155
mynate 90 plus.....	155
MYRBETRIQ	64
N	
nabumetone.....	86
nadolol	39
nafcillin	94
nafcillin in dextrose iso-osm	94
NAGLAZYME	153
naloxone.....	21
naltrexone	21
NAMZARIC	23
naproxen	86
naratriptan.....	27
NATACYN.....	79
nateglinide.....	24
NATPARA	47
NAYZILAM	104
nebivolol	39
necon 0.5/35 (28).....	100
nefazodone	107
neomycin.....	90
neomycin-bacitracin-poly-hc	79
neomycin-bacitracin- polymyxin	79
neomycin-polymyxin b gu... <td>60</td>	60
neomycin-polymyxin b- dexameth	79
neomycin-polymyxin- gramicidin.....	79
neomycin-polymyxin-hc	80
neo-polycin.....	80
neo-polycin hc	80
NERLYNX	16
NEULASTA.....	152
NEULASTA ONPRO	152
NEUPRO	31
nevirapine.....	113
newgen.....	155
NEXLETOL	43
NEXLIZET.....	43
niacin.....	43
niacor	43
nicardipine.....	42
NICOTROL	21
nifedipine	42
nikki (28).....	100
nilutamide.....	16
NINLARO	16
nitazoxanide	29
nitisinone	153
nitrofurantoin macrocrystal.	91
nitrofurantoin monohyd/m- cryst.....	91
nitroglycerin.....	46
niva-plus	155
NIVESTYM.....	152
nizatidine	61
NORDITROPIN FLEXPRO 68	100
norethindrone (contraceptive)	69
norethindrone acetate	69
norethindrone ac-eth estradiol	100
norethindrone-e.estradiol-iron	100
norgestimate-ethinyl estradiol	100
norlyda	100
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	148
nortrel 0.5/35 (28)	100
nortrel 1/35 (21).....	100
nortrel 1/35 (28).....	100
nortrel 7/7/7 (28).....	100
nortriptyline	107
NORVIR	113
NOVOFINE 30.....	133
NOVOFINE 32.....	134
NOVOFINE PLUS.....	134
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	25
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	25
NOVOLIN N FLEXPEN.....	25
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	26
NOVOLIN R FLEXPEN.....	26
NOVOLIN R REGULAR U- 100 INSULN.....	26
NOVOTWIST	134
NOXAFILE.....	109
NPLATE	152
NUBEQA	16

NUCALA.....	52, 53	oxymorphone.....	89
NULOJIX.....	73	OZEMPI.....	24
NUPLAZID	34	P	
NURTEC ODT.....	27	pacerone	38
NUTRILIPID.....	37	paclitaxel	17
nyamyc.....	110	paclitaxel protein-bound.....	17
nylia 1/35 (28)	100	paliperidone	34
nylia 7/7/7 (28)	100	PALYNZIQ	153
nymyo	100	pamidronate.....	47
nystatin	110	PANRETIN.....	59
nystatin-triamcinolone.....	110	pantoprazole	61, 62
nystop	110	paricalcitol	47
NYVEPRIA.....	152	paroex oral rinse	56
O		paromomycin	30
obstetrix dha	155	paroxetine hcl	107
o-cal prenatal.....	155	PAXLOVID (EUA).....	115
OCALIVA	62	PEDIARIX (PF).....	76
OCREVUS	51	PEDVAX HIB (PF)	76
OCTAGAM.....	73	PEGASYS	115
octreotide acetate.....	68	peg-electrolyte soln	63
ODEFSEY	113	PEMAZYRE	17
ODOMZO	16	pemetrexed	17
OFEV	53	pemetrexed disodium.....	17
ofloxacin	80	PEN NEEDLE.....	128, 134, 136
OGIVRI.....	16	PEN NEEDLE, DIABETIC	122, 132, 134, 136
olanzapine	34	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....	137
olmesartan	41	penciclovir	59
olmesartan-amlodipin-hcthiazid	41	penicillamine	90
olmesartan- hydrochlorothiazide	41	penicillin g potassium	94
olopatadine	82	penicillin g procaine	94
OLUMIANT	73	penicillin v potassium	95
omega-3 acid ethyl esters ..	43	PENTACEL (PF)	76
omeprazole	61	pentamidine	30
omeprazole-sodium bicarbonate	61	PENTIPS	134, 135
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	134	pentoxifylline	151
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	134	perindopril erbumine.....	45
		periogard	56
		permethrin	60
		perphenazine	34

perphenazine-amitriptyline	
.....	107
PERSERIS	34
pfiberpen-g	95
phenelzine	107
phenobarbital	104
phenylephrine hcl	37
phenytoin	104
phenytoin sodium	104
phenytoin sodium extended	104
philith	100
PHOSLYRA	63
PIFELTRO	113
pilocarpine hcl	56, 78
pimecrolimus	58
pimozide	34
pimtrea (28)	100
pindolol	39
pioglitazone	24
pioglitazone-metformin	24
PIP PEN NEEDLE	135
piperacillin-tazobactam	95
PIQRAY	17
pirfenidone	53
permella	100
piroxicam	86
PLASMA-LYTE 148	148
PLASMA-LYTE A	149
PLEGRIDY	51, 52
pnv 29-1	155
pnv-dha + docusate	155
pnv-omega	155
pnv-vp-u	155
podofilox	59
polycin	80
polymyxin b sulfate	91
polymyxin b sulf-trimethoprim	80
POMALYST	17
portia 28	100
posaconazole	110
potassium chloride	149
potassium chloride-0.45 %	
nacl	149
potassium citrate	149
pr natal 400	155
pr natal 400 ec	155
pr natal 430	155
pr natal 430 ec	155
PRALUENT PEN	43
pramipexole	31
prasugrel	151
pravastatin	43
prazosin	37
prednicarbate	58
prednisolone	67
prednisolone acetate	81
prednisolone sodium	
phosphate	67, 81
prednisone	67
pregabalin	104
PREHEVBARIO (PF)	76
PREMARIN	66
PREMPHASE	66
PREMPRO	66
prena1 true	155
prenaissance	155
prenaissance plus	155
prenatabs fa	156
prenatal 19	156
prenatal 19 (with docusate)	
.....	156
prenatal low iron	156
prenatal plus	156
prenatal plus (calcium carb)	
.....	155
prenatal vitamin plus low iron	
.....	156
prenatal-u	156
preplus	156
pretab	156
PRETOMANID	111
prevalite	43
PREVENT DROPSAFE PEN	
NEEDLE	135
previfem	100
PREVYMIS	115
PREZCOBIX	113
PREZISTA	113
PRIFTIN	111
PRIMAQUINE	30
primidone	104
PRIORIX (PF)	76
PRIVIGEN	73
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	
.....	59
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	
.....	135
PRO COMFORT PEN	
NEEDLE	135
PROAIR RESPICLICK	
.....	55
probenecid	27
probenecid-colchicine	27
procainamide	38
PROCALAMINE 3%	37
prochlorperazine	29
prochlorperazine edisylate	29
prochlorperazine maleate	29
proto-pak	58
proctosol hc	58
protozone-hc	58
PRODIGY INSULIN SYRINGE	
.....	135
progesterone	69
progesterone micronized	69
PROGRAF	73
PROLASTIN-C	53
PROLENSA	81
PROLIA	47
PROMACTA	152
promethazine	29, 110
promethegan	29
propafenone	38
proparacaine	82
propranolol	39

propranolol-	
hydrochlorothiazid	39
propylthiouracil.....	65
PROQUAD (PF).....	76
PROSOL 20 %.....	37
protamine.....	150
protriptyline	107
PULMOZYME.....	154
PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	59
PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	136
purefe ob plus	156
purefe plus	156
PURIXAN	17
pyrazinamide	111
pyridostigmine bromide	83, 84
pyrimethamine.....	30
Q	
QINLOCK.....	17
QUADRACEL (PF).....	76
quetiapine	34
quinapril.....	45
quinapril-hydrochlorothiazide	45
quinidine gluconate	38
quinidine sulfate.....	38
quinine sulfate	30
QULIPTA.....	27
R	
RABAVERT (PF)	76
rabeprazole.....	62
RADICAVA	52
raloxifene	66
ramipril.....	45
ranolazine	40
rasagiline.....	31
RASUVO (PF).....	73
RAVICTI.....	62
RAYALDEE	48
recipsen (28).....	100
RECOMBIVAX HB (PF)	76, 77
RECTIV	84
REGRANEX.....	59
RELENZA DISKHALER....	115
RELEUKO.....	152
RELION NEEDLES	136
RELION PEN NEEDLES..	136
RELISTOR.....	62, 63
RENFLEXIS.....	73
repaglinide	24
repaglinide-metformin	24
REPATHA PUSHTRONEX	43
REPATHA SURECLICK	43
REPATHA SYRINGE	43
RESTASIS MULTIDOSE....	81
RETACRIT	152
RETEVMO	17
RETROVIR	113
REVCovi.....	154
revonto.....	154
REXULTI	34
REYATAZ.....	113
REZLIDHIA.....	17
REZUROCK.....	73
RHOPRESSA.....	78
RIABNI.....	17
ribavirin	116
RIDAURA.....	73
rifabutin.....	111
rifampin.....	111
rilpivirine	113
riluzole	52
rimantadine	115
RINVOQ	73
risedronate	48
RISPERDAL CONSTA.....	34
risperidone	34, 35
ritonavir.....	113
RITUXAN HYCELA	17
rivastigmine.....	23
rivastigmine tartrate.....	23
rizatriptan	27
r-natal ob	156
ROCKLATAN.....	78
roflumilast.....	53
ropinirole.....	31
rosadan.....	60
rosuvastatin.....	44
ROTARIX	77
ROTATEQ VACCINE.....	77
ROZLYTREK	17
RUBRACA.....	18
rufinamide	104, 105
RUKOBIA.....	113
RUXIENCE	18
RYBELSUS.....	24
RYBREVANT.....	18
RYDAPT	18
S	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE	136, 137
SAFETY PEN NEEDLE....	137
sajazir.....	40
SANTYL.....	59
sapropterin	154
SAVELLA	52
SCEMBLIX.....	18
scopolamine base	29
SECUADO	35
SECURESAFE PEN NEEDLE	137
select-ob	156
select-ob (folic acid).....	156
selegiline hcl	31
selenium sulfide	60
SELZENTRY.....	113
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN).....	26
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN	26
se-natal 19 chewable	156
SEREVENT DISKUS.....	55
SEROSTIM	68
sertraline.....	108
setlakin.....	100

sevelamer carbonate	63	spironolactone	44	SURE COMFORT INS. SYR.	
sevelamer hcl	63	spironolacton-		U-100	137
sf 5000 plus	56	hydrochlorothiaz.....	44	SURE COMFORT INSULIN	
sharobel	100	SPRAVATO	108	SYRINGE	137, 138
SHINGRIX (PF).....	77	sprintec (28).....	101	SURE COMFORT PEN	
SIGNIFOR.....	69	SPRITAM	105	NEEDLE	137, 138
SIKLOS	150	SPRYCEL	18	SURE COMFORT SAFETY	
sildenafil	84	sps (with sorbitol).....	63	PEN NEEDLE	137
sildenafil (pulm.hypertension)		sronyx	101	SURE-FINE PEN NEEDLES	
.....	84	ssd.....	60	.....	138
silver sulfadiazine	60	stavudine	113	SURE-JECT INSULIN	
SIMBRINZA	78	STELARA.....	74	SYRINGE	138
simliya (28)	100	STERILE PADS	137	SURE-PREP ALCOHOL	
simpesse	101	STIOLTO RESPIMAT	55	PREP PADS	59
simvastatin.....	44	STIVARGA.....	18	SUTAB.....	64
sirolimus	73	STRENSIQ.....	154	syeda	101
SIRTURO	111	streptomycin	90	SYMBICORT	54
SKY SAFETY PEN NEEDLE		STRIBILD	113	SYMDEKO	53
.....	137	STRIVERDI RESPIMAT	55	SYMJEPI	41
SKYRIZI	74	SUBLOCADE	21	SYMLINPEN 120	24
SLYND.....	101	subvenite	105	SYMLINPEN 60	24
sodium chloride 0.45 %	149	sucralfate.....	62	SYMPAZAN	105
sodium chloride 0.9 %	149	sulfacetamide sodium	80	SYMTUZA	114
sodium fluoride-pot nitrate..	56	sulfacetamide sodium (acne)		SYNAGIS	115
sodium phenylbutyrate.....	63	.....	60	SYNAREL	69
sodium polystyrene sulfonate		sulfacetamide-prednisolone		SYNERCID	92
.....	63	.....	80	SYNJARDY	24
sodium,potassium,mag		sulfadiazine	95	SYNJARDY XR	24
sulfates	64	sulfamethoxazole-		SYNRIBO	18
SOLIQUA 100/33.....	26	trimethoprim.....	95	T	
SOLTAMOX.....	18	sulfasalazine	47	TABLOID	18
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL		sulindac	86	TABRECTA.....	18
(PF)	67	sumatriptan	27	tacrolimus	58, 74
SOMATULINE DEPOT	69	sumatriptan succinate	27, 28	tadalafil	84
SOMAVERT	69	sumatriptan-naproxen	28	tadalafil (pulm. hypertension)	
sorafenib	18	sunitinib	18	.....	84
sorine	39	SUNOSI.....	48	TAFINLAR.....	18
sotalol	39	SUPPRELIN LA	69	tafluprost (pf).....	78
sotalol af.....	39	SUPREP BOWEL PREP KIT		TAGRISSO	18
SPIRIVA RESPIMAT	55	.....	64	TAKHYRO	84
SPIRIVA WITH		SURE COMFORT ALCOHOL		TALTZ AUTOINJECTOR....	74
HANDIHALER.....	55	PREP PADS	59	TALTZ SYRINGE.....	74

TALZENNA	18
tamoxifen	18
tamsulosin	64
tarina 24 fe	101
tarina fe 1-20 eq (28)	101
taron-c dha	156
taron-prex prenatal-dha	156
TASCENSO ODT	52
TASIGNA	18
TAVALISSE	150
tazarotene	60
TAZORAC	60
taztia xt	40
TAZVERIK	18
TDVAX	77
TECENTRIQ	18
TECHLITE INSULIN SYRINGE	139
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)	138, 139
TECHLITE PEN NEEDLE	139
TECVAYLI	18
TEFLARO	93
telmisartan	41
telmisartan-amlodipine	41
telmisartan- hydrochlorothiazid	41
temazepam	22
TEMIXYS	114
tencon	89
TENIVAC (PF)	77
tenofovir disoproxil fumarate	114
TEPEZZA	82
TEPMETKO	18
terazosin	64
terbinafine hcl	110
terbutaline	55
terconazole	90
TERUMO INSULIN SYRINGE	139, 140
testosterone	65
testosterone cypionate	65
testosterone enanthate	65
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	77
tetrabenazine	52
tetracycline	96
THALOMID	84
theophylline	55
THINPRO INSULIN SYRINGE	140
thioridazine	35
thiothixene	35
tiadylt er	40
tiagabine	105
TIBSOVO	18
TICE BCG	19
TICOVAC	77
tigecycline	96
timolol maleate	39, 78
tinidazole	30
tiopronin	64
TIVDAK	19
TIVICAY	114
TIVICAY PD	114
tizanidine	154
TOBI PODHALER	90
tobramycin	80, 91
tobramycin in 0.225 % nacl	91
tobramycin sulfate	91
tobramycin-dexamethasone	80
tolmetin	86
tolterodine	64
TOPCARE CLICKFINE	140
TOPCARE ULTRA COMFORT	140
topiramate	105
toposar	19
toremifene	19
torsemide	44
TOTECT	84
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	26
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	26
TRACLEER	84
TRADJENTA	24
tramadol	89
tramadol-acetaminophen	89
trandolapril	45
trandolapril-verapamil	45
tranexamic acid	150
tranylcypromine	108
TRAVASOL 10 %	37
travoprost	78
TRAZIMERA	19
trazodone	108
TRECATOR	111
TRELEGY ELLIPTA	55
TRELSTAR	19
TREMFYA	74
treprostinil sodium	85
tretinoin	60
tretinoin (antineoplastic)	19
tri femynor	101
triamcinolone acetonide	56, 58, 67
triamterene- hydrochlorothiazid	44
triazolam	22
trientine	90
tri-estarrylla	101
trifluoperazine	35
trifluridine	80
trihexyphenidyl	31
TRIJARDY XR	24
TRIKAFTA	53
tri-legest fe	101
tri-linyah	101
tri-lo-estarrylla	101
tri-lo-marzia	101
tri-lo-mili	101
tri-lo-sprintec	101

trimethoprim.....	92
tri-mili	101
trimipramine.....	108
TRINTELLIX.....	108
tri-nymyo	101
tri-previfem (28).....	101
TRIPTODUR.....	69
tri-sprintec (28).....	101
TRIUMEQ	114
TRIUMEQ PD.....	114
triveen-duo dha	156
trivora (28).....	101
tri-vylibra.....	101
tri-vylibra lo	101
TRIZIVIR	114
TROGARZO	114
TROPHAMINE 10 %.....	37
trospium.....	64
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	59
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	140
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	140, 141
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS.....	59
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	140, 141
TRUEPLUS INSULIN	141, 142
TRUEPLUS PEN NEEDLE	141
TRULICITY	24
TRUMENBA	77
TRUSELTIQ	19
TRUXIMA.....	19
TUKYSA.....	19
tulana.....	101
TURALIO.....	19
TWINRIX (PF).....	77
tyblume.....	102
TYBOST.....	84
TYMLOS	48
TYPHIM VI.....	77
TYSABRI.....	74
TYVASO.....	85
U	
UBRELVY	28
UCERIS	47
UDENYCA	153
ULTICARE	142, 143
ULTICARE INSULIN SYRINGE	142
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)	142
ULTICARE PEN NEEDLE	142, 143
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	143
ULTIGUARD SAFEPACK- INSULIN SYR.....	143
ULTIGUARD SAFEPACK- PEN NEEDLE	143
ULTILET ALCOHOL SWAB	59
ULTILET INSULIN SYRINGE	130, 144
ULTILET PEN NEEDLE	144
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)...	128, 137, 142
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	124, 128, 144
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	144
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	145
ULTRA FLO PEN NEEDLE	144
ULTRA THIN PEN NEEDLE	145
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	145
ULTRACARE PEN NEEDLE	145
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....	146
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL.....	146
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	146
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	146
UNIFINE PEN NEEDLE....	146
UNIFINE PENTIPS....	134, 146
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW.....	146
UNIFINE PENTIPS PLUS	146,
147	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW.....	147
UNIFINE SAFECONTROL	147
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	147
UPTRAVI.....	85
ursodiol.....	63
V	
valacyclovir	116
VALCHLOR.....	59
valganciclovir.....	116
valproate sodium.....	105
valproic acid.....	105
valproic acid (as sodium salt)	105
valsartan.....	41
valsartan-hydrochlorothiazide	41
VALTOCO	105
vancomycin.....	92
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	147
VANISHPOINT SYRINGE	147
VAQTA (PF).....	77
varenicline.....	21
VARIVAX (PF).....	77
VEKLURY	116

VELCADE	19
velivet triphasic regimen (28)	102
VELPHORO	63
VELTASSA	63
VEMLIDY	114
VENCLEXTA	19
VENCLEXTA STARTING PACK	19
venlafaxine	108
venlafaxine besylate	108
verapamil	40
VERIFINE PEN NEEDLE	147
VERSACLOZ	35
VERSALON	148
VERZENIO	19
vestura (28)	102
V-GO 20	148
V-GO 30	148
V-GO 40	148
vicodin hp	89
VICTOZA	25
vienna	102
vigabatrin	105
vigadrone	105
VIIBRYD	108
vilazodone	108
VIMIZIM	154
VIMPAT	105
vinate care	156
vinblastine	19
vincasar pfs	19
vincristine	19
vinorelbine	19
viorele (28)	102
VIRACEPT	114
VIREAD	114
virt-c dha	156
virt-nate dha	156
virt-pn	156
virt-pn dha	156
virt-pn plus	156
VISTOGARD	84
vitafol gummies	156
vitafol nano	156
vitafol-ob+dha	156
VITRAKVI	19, 20
VIZIMPRO	20
VOCABRIA	114
vol-nate	156
volnea (28)	102
VONJO	20
voriconazole	110
VOSEVI	114
VOTRIENT	20
vp-ch-pnv	156
vp-pnv-dha	156
VPRIV	154
VRAYLAR	35
VUMERITY	52
vyfemla (28)	102
vylibra	102
VYZULTA	79
W	
warfarin	151
WEBCOL	59
WELIREG	20
wera (28)	102
wixela inhub	54
X	
XADAGO	31
XALKORI	20
XARELTO	151
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	151
XATMEP	20
XCOPRI	105
XCOPRI MAINTENANCE PACK	105
XCOPRI TITRATION PACK	105
XELJANZ	74
XELJANZ XR	74
XERMELO	63
XGEVA	48
XHANCE	82
XIFAXAN	92
XIGDUO XR	25
XiIDRA	82
XOFLUZA	115
XOLAIR	53
XOSPATA	20
XPOVIO	20
XTAMPZA ER	89
XTANDI	20
xulane	102
XULTOPHY 100/3.6	26
XYOSTED	65
XYREM	48
Y	
YERVOY	20
YF-VAX (PF)	77
YONSA	20
yuvafem	66
Z	
zafemy	102
zaflurkast	54
zaleplon	48
zarah	102
ZARXIO	153
zatean-pn dha	156
zatean-pn plus	157
zebutal	89
ZEGALOGUE	
AUTOINJECTOR	84
ZEGALOGUE SYRINGE	84
ZEJULA	20
ZELBORA	20
zenatane	60
ZENPEP	154
zidovudine	114
ZIEXTENZO	153
zingiber	157
ziprasidone hcl	35
ziprasidone mesylate	35
ZIRABEV	20

ZIRGAN.....	80	zolpidem.....	48	ZYDELIG	20
ZOLADEX	20	ZONISADE.....	106	ZYKADIA	20
zoledronic acid	48	zonisamide.....	106	ZYLET.....	80
zoledronic acid-mannitol-		zovia 1-35 (28)	102	ZYNLONTA.....	20
water	48	ZTALMY	106	ZYPREXA RELPREVV.....	35
ZOLINZA.....	20	ZTLIDO.....	90		
zolmitriptan	28	zumandimine (28).....	102		

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-969-5366, (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-969-5366, (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-969-5366, (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-969-5366, (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-969-5366, (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-969-5366, (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-969-5366, (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-969-5366, (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-969-5366, (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-969-5366, (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 (TTY: 711) 1-844-969-5366. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-969-5366, (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-969-5366, (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-969-5366, (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-969-5366, (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-969-5366, (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ございます。通訳をご用命になるには 1-844-969-5366, (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Este formulario se actualizó el 01/24/2023. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844)969-5366, Número Local: (305)541-5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo y Lunes a Viernes el resto del año, o visite www.leonhealth.com. Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato.

