



Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)

Formulario para 2021

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

Id. del Formulario: 00021004, número de versión: 12

Este formulario se actualizó el 04/01/2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días a la semana, o visite denverhealthmedicalplan.org.

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 Denver Health Medical Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 04/01/2021. Para obtener un formulario actualizado, 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.

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 2022 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Denver Health Medicare

Choice (HMO D-SNP) cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nosotros podríamos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. 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 Denver Health Medical Plan, 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, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado en un medicamento, 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 Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2021, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 04/01/2021. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Los futuros cambios en el Formulario se le enviarán con su Explicación de beneficios de la Parte D mensual. Si la Administración de Medicamentos y Alimentos considera que un medicamento en nuestro Formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, los miembros afectados recibirán una notificación aparte. En nuestro sitio web, encontrará una lista de los futuros cambios que se realizarán en el Formulario.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 1. 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 número 1. 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 I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede

encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) 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:** Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 90 cápsulas por receta para pregabalina (Lyrica) para 30 días. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, el plan Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) 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 nuestro plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explica(n) nuestra(s) restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a nuestro plan 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 Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)?” en la página v para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

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

Si resulta que Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios del Plan de Salud una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP).
- Puede solicitar que Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) 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 Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)?

Puede solicitarle a Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, 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 o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario 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.

Si experimenta un cambio en el nivel de atención, por ejemplo, se le interna en un centro de atención a largo plazo o se le da el alta de este, y se encuentra fuera de sus primeros 90 días de cobertura, Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) proporcionará un suministro por única vez de medicamentos de la Parte D que no están en el formulario, como se describió anteriormente.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP), consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP), 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 Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)

El formulario que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP). Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, ADVAIR DISKUS), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *amoxicilina [Amoxil]*).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Las siguientes abreviaturas pueden encontrarse en el cuerpo de este documento.

ABREVIATURAS SOBRE NOTAS DE COBERTURA

Restricciones sobre la Gestión de la Utilización de Servicios

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) tiene la obligación de obtener autorización previa de Denver Health Medical Plan (DHMP), Inc. antes de obtener el medicamento indicado en su receta. Sin autorización previa, Denver Health Medical Plan, Inc. no puede cubrir este medicamento.

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA BvD	Se requiere autorización previa para determinación de Parte B frente a Parte D.	Este medicamento puede ser elegible para el pago conforme a la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) tiene la obligación de obtener una autorización previa de Denver Health Medical Plan, Inc. para determinar que este medicamento esté cubierto por la Parte D de Medicare antes de obtener el medicamento indicado en su receta. Sin autorización previa, Denver Health Medical Plan, Inc. no puede cubrir este medicamento.
PA-HRM	Restricción de autorización previa para medicaciones de alto riesgo	Este medicamento ha sido considerado por CMS como potencialmente perjudicial y, por lo tanto, como medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o mayores. Los miembros de 65 años o mayores tienen la obligación de obtener una autorización previa de Denver Health Medical Plan, Inc. antes de obtener el medicamento indicado en su receta. Sin autorización previa, Denver Health Medical Plan, Inc. no puede cubrir este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa para nuevos miembros solamente	Si usted es un miembro nuevo o si usted no ha tomado este medicamento antes, usted (o su médico) tiene la obligación de obtener una autorización previa de Denver Health Medical Plan, Inc. antes de obtener el medicamento indicado en su receta. Sin aprobación previa, DHMP no cubrirá este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	Denver Health Medical Plan, Inc. establece un límite de cobertura respecto de la cantidad de este medicamento con receta o dentro de un marco de tiempo específico.
ST	Restricción de tratamiento escalonado	Antes de que Denver Health Medical Plan, Inc. proporcione cobertura para este medicamento, usted debe primero probar otro(s) medicamento(s) para el tratamiento de su afección médica. Este medicamento solamente estará cubierto si otro(s) medicamento(s) no funciona(n) para usted.
LA	Medicamento de acceso limitado	Es posible que este medicamento solo esté disponible en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios del Plan de Salud al 1-877-956-2111, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
NDS	Suministro diario no extendido	Solo se puede obtener un suministro de este medicamento para un mes por vez, y no se puede adquirir más de un suministro diario para un mes por vez.

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	1	NM; NDS
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS
<i>adriamycin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	PA BvD
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG, 3 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	1	NM; NDS
ALIQOPA INTRAVENOUS RECON SOLN 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	NM; NDS
<i>arsenic trioxide intravenous solution</i> (Trisenox) <i>2 mg/ml</i>	1	NM; NDS
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION 750 UNIT/ML	1	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	1	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
BELEODAQ INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
BESPONSA INTRAVENOUS RECON SOLN 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (420 per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
BLENREP INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT 35 MCG	1	PA NSO; NM; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>clofarabine intravenous solution 20</i> (Clolar) <i>mg/20 ml</i>	1	NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon</i> <i>soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous</i> <i>solution 200 mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	1	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	1	PA NSO; NM; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	1	NM; NDS
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i> (Adriamycin)	1	PA BvD
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Doxil)	1	PA BvD; NM; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	1	
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	1	
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	1	
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	1	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	NM; NDS
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ENHERTU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> (Toposar)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	1	
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	1	
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	1	NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/40 ML	1	PA NSO; NM; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	1	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 365 days)
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
IXEMPRA INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG, 45 MG	1	NM; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 21 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KYPROLIS INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	1	PA NSO; NM; NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	1	NM; NDS
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (7 per 21 days)
LONSURF ORAL TABLET 15- 6.14 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20- 8.19 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMOXITI INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	1	NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	1	NM; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	PA BvD
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC)	1	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	1	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ONCASPAR INJECTION SOLUTION 750 UNIT/ML	1	PA NSO; NM; NDS
ONIVYDE INTRAVENOUS DISPERSION 4.3 MG/ML	1	NM; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	1	PA NSO; NM; NDS
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 21 days)
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,200 MG-600MG-30000 UNIT/15ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (15 per 21 days)
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-600 MG-20000 UNIT/10ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (10 per 21 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POLIVY INTRAVENOUS RECON SOLN 140 MG, 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/50 ML (16 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 21 days)
PROLEUKIN INTRAVENOUS RECON SOLN 22 MILLION UNIT	1	NM; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	1	NM; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	1	NM; NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG	1	PA NSO; NM; NDS
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG	1	PA NSO; NM; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TARGRETIN TOPICAL GEL 1 %	1	PA NSO; NM; NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
TEMODAR INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg, 15 mg</i> (Tepadina)	1	NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	1	NM; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TREANDA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3.75 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	1	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRODELVY INTRAVENOUS RECON SOLN 180 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION 3.5 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>valrubicin intravesical solution 40 mg/ml</i> (Valstar)	1	NM; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i> (Navelbine)	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG	1	PA BvD; NM; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (20 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60 MG/WEEK (20 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZEPZELCA INTRAVENOUS RECON SOLN 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG	1	QL (1 per 84 days)
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG	1	QL (1 per 28 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec) 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg</i> (Suboxone)	1	QL (30 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX ORAL TABLET 1 MG	1	QL (336 per 365 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	1	QL (336 per 365 days)
CHANTIX STARTING MONTH BOX ORAL TABLETS, DOSE PACK 0.5 MG (11)- 1 MG (42)	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG	1	NM; NDS; QL (228 per 14 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1	
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	1	QL (1008 per 90 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	1	NM; NDS; QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	1	NM; NDS; QL (1.5 per 30 days)
Agentes Antiansiedad		
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet</i> (Tranxene T-Tab) 7.5 mg	1	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc 5 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i> (Diazepam Intensol)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i> (Razadyne ER)	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Namenda)	1	QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	1	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rivastigmine tartrate oral capsule</i> 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour</i> 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour (Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	1	QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i> (Glucophage)	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i> (Glucophage)	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i> (Glucophage)	1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> (Glucophage XR)	1	QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i> (Glucophage XR)	1	QL (60 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML)	1	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i> (Prandin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i> (Prandin)	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	1	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	1	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	1	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	1	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5- 1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (24 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30)	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- 100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70- 30)	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70- 30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	1	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	1	QL (13.5 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	1	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Amaryl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i> (Amaryl)	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i> (Glucotrol)	1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i> (Glucotrol XL)	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i> (Glucotrol XL)	1	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> (Glynase)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcris)	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	1	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	1	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution</i> (D.H.E.45) <i>1 mg/ml</i>	1	NM; NDS; QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non- aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	1	NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	1	PA; QL (3 per 30 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG	1	NM; NDS; QL (20 per 28 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (8 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i> (Maxalt-MLT) <i>10 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i> <i>5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol</i> (Imitrex) <i>20 mg/lactuation</i>	1	QL (12 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol</i> (Imitrex) 5 mg/lactuation	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i> (Imitrex) 100 mg	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	1	PA; QL (1 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	1	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	1	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	1	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (6 per 28 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	1	QL (36 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	1	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	1	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine Less Drowsy)	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i> (Zofran)	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>phenadoz rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Phenergan)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 50 mg</i> (Promethegan)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 25 mg</i> (Phenadoz)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	1	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i> (Albenza)	1	NM; NDS
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML	1	NM; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	1	NM; NDS
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	1	QL (50 per 30 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	1	QL (25 per 30 days)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	1	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	1	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	1	PA; NM; NDS
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i> (Cogentin)	1	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i> (Sinemet)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i> (Stalevo 75)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i> (Stalevo 100)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i> (Stalevo 125)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i> (Stalevo 150)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i> (Stalevo 200)	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
GOCOVRI ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GOCOVRI ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 68.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	1	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	1	PA; NM; NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	1	QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg,</i> (Mirapex) <i>0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5</i> <i>mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 3 mg,</i> (Requip) <i>5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2</i> <i>mg, 4 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4</i> <i>mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5</i> <i>mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY MANTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
ABILIFY MANTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	1	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	1	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	1	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	NM; NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	ST; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution</i> 25 <i>mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet</i> 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
<i>clozapine oral tablet</i> 100 mg (Clozaril)	1	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet</i> 200 mg (Clozaril)	1	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet</i> 25 mg, 50 mg (Clozaril)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> 150 mg	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> 200 mg	1	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)- 2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection</i> <i>solution</i> 25 mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution</i> 2.5 mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i> 5 <i>mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i> 2.5 mg/5 <i>ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular</i> (Haldol Decanoate) <i>solution</i> 100 mg/ml	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular</i> <i>solution</i> 100 mg/ml (1 ml)	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular</i> (Haldol Decanoate) <i>solution</i> 50 mg/ml	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution (Haldol) 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NM; NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NM; NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.875 ML	1	NM; NDS; QL (0.875 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.315 ML	1	NM; NDS; QL (1.315 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	NM; NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.625 ML	1	NM; NDS; QL (2.625 per 84 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	1	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	1	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg</i> (Invega)	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	1	QL (60 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 9 mg</i> (Invega)	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTEND REL SYR KIT 120 MG, 90 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	1	QL (90 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	1	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	1	QL (4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	1	NM; NDS; QL (4 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	1	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg,</i> (Risperdal) <i>2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating</i> <i>0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating</i> <i>3 mg, 4 mg</i>	1	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	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100</i> <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10</i> <i>mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10</i> <i>mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg,</i> (Geodon) <i>40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular</i> (Geodon) <i>recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN 8.5 %- ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	1	PA BvD
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN II 8.5 %- ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.2 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/D25W SULFITE- FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	1	PA BvD
<i>dextrose 10% in water (d10w)</i> <i>intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose 5% in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i> 5 %	1	
FREAMINE HBC 6.9 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6.9 %	1	PA BvD
FREAMINE III 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8 %	1	PA BvD
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	1	PA BvD
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION 3.31-9.8-3.9 %	1	PA BvD
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.4 %	1	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION 2.36-6.8-3.5 %	1	PA BvD
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	1	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
TROPHAMINE 6% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6 %	1	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-1) 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-2) 0.2 mg/24 hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-3) 0.3 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenylephrine hcl injection solution</i> (Vazculep) 10 mg/ml	1	
<i>prazosin oral capsule</i> 1 mg, 2 mg, 5 mg (Minipress)	1	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet</i> 200 mg, 400 mg (Pacerone)	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i> (Norpace) 100 mg, 150 mg	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dofetilide oral capsule</i> 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg (Tikosyn)	1	
<i>flecainide oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe</i> 100 mg/5 ml (2%), 50 mg/5 ml (1%)	1	
<i>mexiletine oral capsule</i> 150 mg, 200 mg, 250 mg	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	
<i>pacerone oral tablet</i> 200 mg, 400 mg	1	
<i>procainamide injection solution</i> 100 mg/ml, 500 mg/ml	1	
<i>procainamide intravenous syringe</i> 100 mg/ml	1	
<i>propafenone oral tablet</i> 150 mg, 225 mg, 300 mg	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i> 200 mg, 300 mg	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule</i> 200 mg, 400 mg	1	
<i>atenolol oral tablet</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i> (Tenoretic 100) 100-25 mg	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i> (Tenoretic 50) 50-25 mg	1	
<i>betaxolol oral tablet</i> 10 mg, 20 mg	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> (Ziac)	1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg</i>	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg</i> (Lopressor HCT)	1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate intravenous syringe 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (Sorine)	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i> (Verelan)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Calan SR)	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	1	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	1	
DEMSEER ORAL CAPSULE 250 MG	1	NM; NDS
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	1	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	1	NM; NDS
<i>milrinone intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg</i> (Ranexa)	1	
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML	1	QL (4 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	1	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	1	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Lotrel)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	1	
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i> (Procardia)	1	
<i>nifedipine oral capsule 20 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Adalat CC)	1	
Dislipidémicos		
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gram</i>	1	
<i>cholestyramine light packet 4 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (45 per 30 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Niaspan Extended-Release)	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	1	QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	1	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Pravachol)	1	
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	1	QL (3.5 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	1	QL (3 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	1	QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Zocor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	1	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM	1	QL (120 per 30 days)
WELCHOL ORAL POWDER IN PACKET 3.75 GRAM	1	
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i> (Diuril IV)	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	1	PA; NM; 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)	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	1	
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	1	
<i>lisinopril oral tablet 20 mg</i> (Prinivil)	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vasodilatadores		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet extended release 40 mg</i> (ISOCHRON)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i> (Minitran)	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	1	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	1	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	1	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i> (Entocort EC)	1	
<i>colocort rectal enema 100 mg/60 ml</i>	1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	1	ST; NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	1	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	1	
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (drlec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (drlec) 800 mg</i> (Asacol HD)	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	1	NM; NDS
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	1	
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION	1	
Agentes De Enfermedad Osea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Osea Metabólica		
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unitlactuation</i>	1	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i> (Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i> (Sensipar)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol intravenous solution 4 mcg/2 ml</i> (Hectorol)	1	
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	1	PA; NM; NDS; QL (2.34 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	1	PA; QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i> (Boniva)	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> (Boniva)	1	QL (1 per 28 days)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION 200 UNIT/ML	1	NM; NDS
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	1	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol hemodialysis port injection solution 2 mcg/ml</i>	1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	1	ST; QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	1	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	1	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i> (Actonel)	1	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	1	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	1	PA; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zoledronic acid intravenous solution</i> 4 mg/5 ml	1	
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> (Reclast) <i>intravenous piggyback</i> 5 mg/100 ml	1	QL (100 per 300 days)
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet</i> 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg (Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet</i> 1 mg, 2 mg, 3 mg (Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML	1	PA; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule</i> 10 mg, 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet</i> 10 mg, 5 mg (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule</i> 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg (Strattera)	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule</i> 100 mg, 60 mg, 80 mg (Strattera)	1	QL (30 per 30 days)
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	1	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution</i> 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	1	
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release</i> 12 hr 10 mg (Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Focalin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine oral tablet</i> 10 mg, 5 mg (Zenzedi)	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release</i> 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg (Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release</i> 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg (Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i> 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg (Adderall)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec)</i> 120 mg (Tecfidera)	1	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec)</i> 120 mg (14)- 240 mg (46) (Tecfidera)	1	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec)</i> 240 mg (Tecfidera)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution</i> 0.1 mg/ml	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mglml</i> (Copaxone)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mglml</i> (Copaxone)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mglml</i>	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mglml</i>	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	1	
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	1	PA NSO; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/1.2 ML	1	PA; NM; NDS; QL (6 per 365 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 2 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS PIGGYBACK 30 MG/100 ML	1	PA; NM; NDS; QL (2800 per 28 days)
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (6 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (6 per 28 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	1	PA; NM; NDS
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	1	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	1	
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG	1	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 240 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg,</i> (Xenazine) <i>25 mg</i>	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23- 0.46-0.92 MG	1	PA; NM; NDS
ZEPOSIA STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3)	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution</i> (Acetadote) 200 mg/ml (20 %)	1	
<i>acetylcysteine solution</i> 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	1	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	1	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization</i> 20 mg/2 ml	1	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG	1	QL (28 per 28 days)
DALIRESP ORAL TABLET 500 MCG	1	QL (30 per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,L/F,SUV 1,000 MG (+/-)/20 ML	1	PA BvD; NM; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	1	PA BvD; NM; NDS
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N)	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	1	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides		
Inhalados		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	1	QL (12 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	1	PA BvD
FLOVENT 100 MCG DISKUS 100 MCG/ACTUATION	1	QL (60 per 30 days)
FLOVENT 250 MCG DISKUS 250 MCG/ACTUATION	1	QL (120 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	1	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	1	QL (12 per 28 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	1	QL (24 per 28 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	1	QL (21.2 per 28 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160- 4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	1	QL (30.6 per 30 days)
Antileucotrinos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	1	
Broncodilatadores		
<i>albuterol 5 mg/ml solution 5 mg/ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (ProAir HFA)	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	1	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	1	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	1	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	1	QL (10.7 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	1	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
<i>metaproterenol oral syrup 10 mg/5 ml</i>	1	
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	1	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	1	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 28 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	1	NM; NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	1	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	1	
<i>oralone dental paste 0.1 %</i>	1	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>perio gard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Oralene)	1	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i> (Temovate)	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>cormax scalp solution 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide-e topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i> (Cutivate)	1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i> (Protopic)	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg</i> (Soriatane)	1	
<i>acitretin oral capsule 17.5 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i> (Geri-Hydrolac)	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Geri-Hydrolac)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Dovonex)	1	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	1	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i> (Aldara)	1	QL (24 per 30 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i> (Oxsoralen Ultra)	1	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	1	NM; NDS
PICATO TOPICAL GEL 0.015 %	1	QL (3 per 56 days)
PICATO TOPICAL GEL 0.05 %	1	QL (2 per 56 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	1	QL (180 per 30 days)
TOLAK TOPICAL CREAM 4 %	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	1	NM; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>ery pads topical swab 2 %</i>	1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	1	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	1	
NEOSPORIN GU IRRIGANT IRRIGATION SOLUTION 40 MG-200,000 UNIT/ML	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i>	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	1	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	1	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	1	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	1	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlcera Y Supresores De Ácidos		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>	1	
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i> (Nexium IV)	1	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	1	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 15 mg</i> (Prevacid)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranitidine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2 ml (25 mg/ml)</i>	1	
<i>ranitidine hcl oral syrup 15 mg/ml</i>	1	
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG	1	QL (60 per 30 days)
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG	1	NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	1	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
<i>glycopyrrolate injection solution 0.2 mg/ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml</i>	1	
<i>kionex oral powder</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	1	QL (90 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	1	PA; NM; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; QL (11.2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	1	NM; NDS
<i>sodium polystyrene (sorb free) oral suspension 15 gram/60 ml</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	1	
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	1	NM; NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i> (Renagel)	1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	1	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM -12 GRAM/160 ML	1	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i>	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13- 1.6 GRAM	1	
<i>trilyte with flavor packets oral recon soln 420 gram</i>	1	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG	1	PA; NM; NDS
THIOLA ORAL TABLET 100 MG	1	NM; NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 5 mg</i> (Ditropan XL)	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 15 mg</i>	1	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	1	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 4 MG, 8 MG	1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de 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, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	(Euthyrox) 1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i>	(Levo-T) 1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	(Cytomel) 1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	(Tapazole) 1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
Andrógenos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	1	PA; NM; NDS
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	(Depo-Testosterone) 1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1%)</i>	(Vogelxo) 1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62%)</i>	(AndroGel) 1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1% (25 mg/2.5gram), 1% (50 mg/5 gram)</i>	(AndroGel) 1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1- 0.5 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<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	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45- 20 MG	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	1	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	1	PA-HRM; QL (4 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvafem)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Amabelz)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	1	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<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	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG- 5MG(14)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3- 1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>a-hydrocort injection recon soln 100 mg</i>	1	
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	1	
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i> (Decadron)	1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 30 MG, 36 MG, 6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i> (Solu-Medrol)	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln alf, dlf 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML	1	
<i>triamcinolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Pituitario		
BYNFEZIA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,500 MCG/ML	1	NM; NDS
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin injection solution 4 (DDAVP) mcg/ml</i>	1	
<i>desmopressin nasal spray, non- aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 (DDAVP) mg</i>	1	
EGRIFTA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	1	PA; NM; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML)	1	PA; NM; NDS
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT)	1	PA; NM; NDS
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG	1	PA; NM; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	1	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	1	NM; NDS
NOCDURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 55.3 MCG	1	QL (30 per 30 days)
NOCDURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 27.7 MCG	1	QL (30 per 30 days)
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/2 ML (5 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection solution (Sandostatin) 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	1	PA
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.)	1	PA; NM; NDS
SAIZEN SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG, 8.8 MG	1	PA; NM; NDS
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG	1	NM; NDS
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	1	NM; NDS; QL (1 per 360 days)
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	1	NM; NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 168 days)
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG	1	PA; NM; NDS
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG	1	PA
ZORBTIVE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 8.8 MG	1	PA; NM; NDS
Progestinas		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML	1	QL (10 per 28 days)
<i>hydroxyprogesterone cap(ppres)</i> (Makena) <i>intramuscular oil 250 mg/ml</i>	1	NM; NDS
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>suspension 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>syringe 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10</i> (Provera) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10</i> <i>ml (40 mg/ml)</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5</i> (Aygestin) <i>mg</i>	1	
<i>progesterone intramuscular oil 50</i> <i>mg/ml</i>	1	
<i>progesterone micronized oral</i> (Prometrium) <i>capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	1	NM; NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	1	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i> (Sandimmune)	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i> (Gengraf)	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	1	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg</i>	1	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg</i>	1	PA BvD; NM; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	1	PA BvD; NM; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	1	PA BvD
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA; NM; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	1	PA BvD; NM; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	1	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS
HYPERRAB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 300 UNIT/ML	1	
HYPERRAB S/D (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 %)	1	PA BvD; NM; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NM; NDS
IMOGAM RABIES-HT (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	1	
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; NDS
KEDRAB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	1	
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	1	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	1	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	1	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	1	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA BvD; NM; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	1	PA BvD; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	1	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	1	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	1	PA; NM; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	1	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	1	
REMICADE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; NDS
RENFLIXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	1	NM; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG	1	PA; NM; NDS
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Rapamune)	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i> (Rapamune)	1	PA BvD; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	1	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	1	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 80 MG/ML	1	PA; NM; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	1	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NM; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	1	PA; NM; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	1	PA; NM; NDS
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	1	PA BvD; NM; NDS
Vacunas		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	1	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	1	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1,440 ELISA UNIT/ML	1	
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	1	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10 LF- MCG-LF/0.5ML	1	
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	1	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	1	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	1	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	1	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	1	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	1	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML	1	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3- 4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	1	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	1	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	1	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	1	
TETANUS, DIPHtheria TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	1	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	1	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	1	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	1	
ZOSTAVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 19,400 UNIT/0.65 ML	1	QL (1 per 365 days)
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	1	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops (Trusopt) 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml (Cosopt)</i>	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops (Xalatan) 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>metipranolol ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 % (Isopto Carpine)</i>	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 % (Timoptic)</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 % (Timoptic-XE)</i>	1	
<i>travoprost (benzalkonium) ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 % (Travatan Z)</i>	1	QL (2.5 per 25 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	
<i>acetic acid-aluminum acetate otic (ear) drops 2 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	1	
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 %	1	ST
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ciloxan)	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> (Ciprodex)	1	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	1	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	1	ST
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
DUREZOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	1	
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) (FML Liquifilm) drops,suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal (24 Hour Allergy spray,suspension 50 mcg/lactuation Relief)</i>	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops (Acular) 0.5 %</i>	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.5 %	1	
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	1	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	1	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (Lotemax) (eye) drops,gel 0.5 %</i>	1	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol (Nasonex) 50 mcg/lactuation</i>	1	QL (34 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops, suspension 1 %</i> (Pred Forte)	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	1	
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	1	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	1	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	1	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	1	
<i>azelastine nasal aerosol, spray 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i> (Cyclogyl)	1	
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	1	NM; NDS
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	QL (15 per 10 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Pataday Twice Daily Relief)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Pataday Once Daily Relief)	1	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Alcaine)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	1	PA; NM; NDS
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	1	PA; NM; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
CYSTADANE ORAL POWDER 1 GRAM/1.7 ML	1	NM; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	1	PA; NM; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	1	NM; NDS
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5 MG/0.1 ML 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 1PK 0.5 MG/0.1 ML SYR 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR 1 MG/0.2 ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> 100 mg	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> (Vistaril) 25 mg, 50 mg	1	
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium injection solution</i> 10 mg/ml	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	1	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i> (Fusilev)	1	NM; NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	NM; NDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i> (Mestinon) 60 mg/5 ml	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> 30 mg	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> (Mestinon) 60 mg	1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	1	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	1	NM; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	1	NM; NDS; QL (24 per 14 days)
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>epoprostenol (glycine) intravenous recon soln 0.5 mg</i> (Flolan)	1	PA
<i>epoprostenol (glycine) intravenous recon soln 1.5 mg</i> (Flolan)	1	PA; NM; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i> (Revatio)	1	PA; NM; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG	1	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Remodulin)	1	PA; NM; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	1	PA; NM; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
CALDOLOR INTRAVENOUS RECON SOLN 800 MG/8 ML (100 MG/ML)	1	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i> (Cataflam)	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> (Voltaren-XR)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Arthritis Pain (diclofenac))	1	
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i> (Solaraze)	1	PA; QL (100 per 28 days)
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	PA-HRM; QL (240 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	PA-HRM; QL (120 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> (Mobic)	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i> (Relafen)	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg, 500 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
PENNSAID TOPICAL SOLUTION IN METERED-DOSE PUMP 20 MG/GRAM /ACTUATION(2 %)	1	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i> (Buprenex)	1	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> (Actiq)	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/1hr, 12 mcg/1hr, 25 mcg/1hr, 50 mcg/1hr, 75 mcg/1hr</i> (Duragesic)	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	1	QL (180 per 30 days)
LAZANDA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lorcet (hydrocodone) oral tablet 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lorcet hd oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>lorcet plus oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	1	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	1	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (240 per 30 days)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de 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	1	QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i> (Ultram)	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i> (Ultracet)	1	QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	1	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	1	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	1	QL (240 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous solution 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine (Cardiac (PF)))	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (Lidoderm)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i> 2.5-2.5 %	1	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	1	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>clovique oral capsule 250 mg</i>	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>deferasirox oral granules in packet</i> (Jadenu Sprinkle) 180 mg, 360 mg, 90 mg	1	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	1	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet, dispersible</i> (Exjade) 125 mg	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible</i> (Exjade) 250 mg, 500 mg	1	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i> (Ferriprox)	1	PA; NM; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i> (Desferal)	1	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG	1	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i> (Cuprimine)	1	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	1	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Clovique)	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i> (Metrogel Vaginal)	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
BETHKIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/4 ML	1	PA BvD; NM; NDS
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml, 80 mg/8 ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	1	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	1	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
CLINDAMYCIN 600 MG/50 ML-NS OUTER,SINGLE-USE,L/F 600 MG/50 ML	1	
CLINDAMYCIN 900 MG/50 ML-NS OUTER,SINGLE-USE,L/F 900 MG/50 ML	1	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINDAMYCIN IN 5 % DXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 600 MG/50 ML, 900 MG/50 ML	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection</i> (Cleocin) <i>solution 150 mg/ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 300 mg/2 ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection</i> (Coly-Mycin M <i>recon soln 150 mg</i> Parenteral)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln</i> (Cubicin) <i>500 mg</i>	1	NM; NDS
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	1	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous</i> (Zyvox) <i>piggyback 600 mg/300 ml</i>	1	NM; NDS
<i>linezolid oral suspension for</i> (Zyvox) <i>reconstitution 100 mg/5 ml</i>	1	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1</i> (Hiprex) <i>gram</i>	1	
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> (Metro I.V.) <i>intravenous piggyback 500 mg/100</i> <i>ml</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 500 mg</i> (Flagyl)	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral</i> (Macrochantin) <i>capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst oral</i> (Macrobid) <i>capsule 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	1	
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	1	NM; NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln</i> 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	1	QL (40 per 30 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	1	QL (80 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1</i> (Azactam) <i>gram, 2 gram</i>	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1</i> (Invanz) <i>gram</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous</i> <i>recon soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous</i> (Primaxin IV) <i>recon soln 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1</i> <i>gram</i>	1	
<i>meropenem intravenous recon soln</i> (Merrem) <i>500 mg</i>	1	
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500</i> <i>mg</i>	1	
<i>cefactor oral suspension for</i> <i>reconstitution 125 mg/5 ml, 250</i> <i>mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for</i> <i>reconstitution 250 mg/5 ml, 500</i> <i>mg/5 ml</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1</i> <i>gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for</i> <i>reconstitution 125 mg/5 ml, 250</i> <i>mg/5 ml</i>	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	1	ST; NM; NDS; QL (100 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	ST; NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Quinolonas		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin hcl 750 mg tab flc 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cipro)	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i> (Vibramycin)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	1	NM; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>amethia lo oral tablets, dose pack, 3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>amethia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>bekyree (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>desog-e.estradiolle.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Azurette (28))	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Apri)	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i> (Jasmiel (28))	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i> (Syeda)	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	1	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1-50 (28))	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Amethia Lo)	1	QL (91 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lnorgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Amethia)	1	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Enpresse)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>luteru (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>noreth-estradiol-fe 1-0.02 (24)-75 inner (Merzee) 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg (Camila)</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg (Aurovela 1.5/30 (21))</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg (Aurovela 1/20 (21))</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (Aurovela Fe 1-20 (28))</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (Aurovela 24 Fe)</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (Aurovela Fe 1.5/30 (28))</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg (Tri-Lo-Estarylla)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) (Tri Femynor)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg (Estarylla)</i>	1	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ogestrel (28) oral tablet 0.5-50 mg-mcg</i>	1	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) 11mg-35mcg (9)</i>	1	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>tyblume oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	ST; NM; NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	1	ST; QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	ST; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epitol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	1	PA NSO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat AcuDial)	1	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg per 2 ml, 500 mg per 10 ml</i> (Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	1	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG	1	ST
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	1	ST; NM; NDS
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<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	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	1	ST; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Gabitril)	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Sabril)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i>	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML	1	QL (200 per 5 days)
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	QL (1200 per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	QL (60 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1- 150MG X1)	1	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	1	ST
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	1	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	1	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5 ML	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4- 25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	1	
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	NM; NDS
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	PA BvD; NM; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>casposungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i> (Cancidas)	1	NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77%</i> (Ciclodan)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8%</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	PA BvD
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	1	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	1	NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	1	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil)	1	NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	1	NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
CAPASTAT INJECTION RECON SOLN 1 GRAM	1	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	1	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i> (Trizivir)	1	NM; NDS
APTIVUS (WITH VITAMIN E) ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	NM; NDS
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	1	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG	1	NM; NDS
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	1	NM; NDS
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 200 MG/ML- 300 MG/ML	1	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	NM; NDS
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	1	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	1	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release (drlec) 125 mg, 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i> (Sustiva)	1	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i> (Sustiva)	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> (Sustiva)	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	1	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	1	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	1	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	1	NM; NDS
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	1	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	1	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	1	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	NM; NDS
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	1	QL (300 per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i> (Epivir HBV)	1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> (Combivir)	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	1	QL (480 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i> (Viramune)	1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i> (Viramune XR)	1	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	1	
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG	1	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	1	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	1	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	NM; NDS
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG	1	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG	1	NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	1	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	1	NM; NDS
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	1	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC ORAL RECON SOLN 10 MG/ML (FINAL)	1	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	1	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	NM; NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i> (Harvoni)	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i> (Epclusa)	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VIEKIRA PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG-75 MG -50 MG/250 MG	1	PA; NM; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	1	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	1	PA; NM; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	1	PA; NM; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	1	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	1	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	1	QL (4 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	1	PA NSO; NM; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10 MILLION UNIT/ML, 6 MILLION UNIT/ML	1	PA NSO; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	1	NM; NDS
PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT 50 MCG/0.5 ML	1	NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	1	NM; NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i> (Cytovene)	1	PA BvD; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>ribasphere oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribasphere oral tablet 600 mg</i>	1	NM; NDS
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i> (Virazole)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	1	
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA BvD; NM; NDS
Dispositivos		
Dispositivos		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Ultilet Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Advocate Syringes) U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Lite Touch Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	1	
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips)	1
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", STERILE 2 X 2 "	1	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	1	
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	1	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	1	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	1	PA BvD
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	1	PA BvD
<i>magnesium sulfate injection solution 4 meq/ml (50 %)</i>	1	PA BvD
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet (K-Tab) extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er (Klor-Con M10) particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er (Klor-Con M20) particles/crystals 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet (Urocit-K 10) extended release 10 meq (1,080 mg)</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet (Urocit-K 15) extended release 15 meq</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet (Urocit-K 5) extended release 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Productos		
Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	1	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG, 100 MG	1	PA
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i> (Cyklokapron)	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i> (Lysteda)	1	QL (30 per 30 days)
Anticoagulantes		
BEVYXXA ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	1	QL (43 per 42 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i> (Lovenox)	1	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	1	QL (24 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	1	NM; NDS
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	1	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	1	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	1	NM; NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	1	NM; NDS
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG	1	PA; NM; NDS; QL (7 per 7 days)
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (6 per 28 days)
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	NM; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	1	NM; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	1	PA; NM; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	1	NM; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	1	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	1	NM; NDS
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	1	NM; NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	1	PA; NM; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	1	PA; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	1	PA; NM; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	1	PA BvD; NM; NDS
KUVAN ORAL TABLET,SOLUBLE 100 MG	1	NM; NDS
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Zavesca)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	1	NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG	1	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	1	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; NM; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	1	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	1	PA BvD; NM; NDS
REVCIVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Kuvan)	1	NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	1	NM; 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	1	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	1	PA-HRM; NM; NDS; AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Dantrium)	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i> (Robaxin-750)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	1	
Soluciones Irrigantes		
Soluciones Irrigantes		
LACTATED RINGERS IRRIGATION SOLUTION	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
SE-NATAL-19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG	1	

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

ÍNDICE

<i>abacavir</i>	130	<i>a-hydrocort</i>	74	<i>amethia lo</i>	112
<i>abacavir-lamivudine</i>	130	AIMOVIG		<i>amiloride</i>	47
<i>abacavir-lamivudine-</i>		AUTOINJECTOR.....	25	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	48
<i>zidovudine</i>	130	AJOVY AUTOINJECTOR....	25	AMINOSYN 10 %.....	36
ABELCET.....	127	AJOVY SYRINGE.....	25	AMINOSYN 7 % WITH	
ABILIFY MAINTENA.....	31	AKYNZEO		ELECTROLYTES.....	36
ABRAXANE.....	3	(FOSNETUPITANT).....	26	AMINOSYN 8.5 %.....	36
<i>acamprosate</i>	17	AKYNZEO		AMINOSYN 8.5 %-	
<i>acarbose</i>	20	(NETUPITANT).....	26	ELECTROLYTES.....	36
<i>accutane</i>	65	<i>ala-cort</i>	63	AMINOSYN II 10 %.....	36
<i>acebutolol</i>	41	<i>albendazole</i>	28	AMINOSYN II 15 %.....	36
<i>acetaminophen-codeine</i>	100	<i>albuterol sulfate</i>	61	AMINOSYN II 7 %.....	36
<i>acetazolamide</i>	90	<i>alclometasone</i>	63	AMINOSYN II 8.5 %.....	37
<i>acetazolamide sodium</i>	90	ALCOHOL PADS.....	65	AMINOSYN II 8.5 %-	
<i>acetic acid</i>	91	ALDURAZYME.....	144	ELECTROLYTES.....	37
<i>acetic acid-aluminum acetate</i>	91	ALECENSA.....	3	AMINOSYN M 3.5 %.....	37
<i>acetylcysteine</i>	58	<i>alendronate</i>	51	AMINOSYN-HBC 7%.....	37
<i>acitretin</i>	65	<i>alfuzosin</i>	71	AMINOSYN-PF 10 %.....	37
ACTEMRA.....	80	ALIMTA.....	3	AMINOSYN-PF 7 %	
ACTEMRA ACTPEN.....	79	ALINIA.....	28	(SULFITE-FREE).....	37
ACTHIB (PF).....	86	ALIQOPA.....	3	AMINOSYN-RF 5.2 %.....	37
ACTIMMUNE.....	96	<i>aliskiren</i>	49	<i>amiodarone</i>	41
<i>acyclovir</i>	65, 136	<i>allopurinol</i>	24	AMITIZA.....	68
<i>acyclovir sodium</i>	136	<i>alose tron</i>	50	<i>amitriptyline</i>	124
ADACEL(TDAP		ALPHAGAN P.....	90	<i>amlodipine</i>	45
ADOLESN/ADULT)(PF).....	86	<i>alprazolam</i>	18	<i>amlodipine-benazepril</i>	45
ADAKVEO.....	140	ALREX.....	94	<i>amlodipine-valsartan</i>	46
<i>adapalene</i>	67	<i>altavera (28)</i>	112	<i>ammonium lactate</i>	65
ADCETRIS.....	3	ALTRENO.....	67	<i>amoxapine</i>	124
<i>adefovir</i>	136	ALUNBRIG.....	3	<i>amoxicillin</i>	109
ADEMPAS.....	98	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	112	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	
<i>adriamycin</i>	3	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	112	.....	109, 110
<i>adrucil</i>	3	<i>alyq</i>	98	<i>amphotericin b</i>	127
ADVAIR DISKUS.....	59	<i>amabelz</i>	73	<i>ampicillin</i>	110
ADVAIR HFA.....	59	<i>amantadine hcl</i>	29	<i>ampicillin sodium</i>	110
AFINITOR.....	3	AMBISOME.....	127	<i>ampicillin-sulbactam</i>	110
AFINITOR DISPERZ.....	3	<i>ambrisentan</i>	98	ANADROL-50.....	72
<i>afirmelle</i>	112	<i>amethia</i>	112	<i>anagrelide</i>	140

<i>anastrozole</i>	3	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	113	BESPONSA.....	4
ANORO ELLIPTA.....	61	AUSTEDO.....	53	<i>betamethasone acet,sod phos</i>	74
APOKYN.....	29	AVASTIN.....	4	<i>betamethasone dipropionate</i>	63
<i>apraclonidine</i>	95	<i>aviane</i>	113	<i>betamethasone valerate</i>	63
<i>aprepitant</i>	26	AVONEX.....	53, 54	<i>betamethasone, augmented</i>	63
<i>apri</i>	112	AVSOLA.....	80	BETASERON.....	54
APTIOM.....	120	<i>ayuna</i>	113	<i>betaxolol</i>	41
APTIVUS.....	130	AYVAKIT.....	4	<i>bethanechol chloride</i>	71
APTIVUS (WITH VITAMIN		<i>azacitidine</i>	4	BETHKIS.....	105
E).....	130	<i>azathioprine</i>	80	BEVYXXA.....	140
<i>aranelle (28)</i>	112	<i>azathioprine sodium</i>	80	<i>bexarotene</i>	4
ARCALYST.....	80	<i>azelastine</i>	95	BEXSERO.....	86
<i>aripiprazole</i>	31	<i>azithromycin</i>	108, 109	<i>bicalutamide</i>	4
ARISTADA.....	31	AZOPT.....	90	BICILLIN L-A.....	110
ARISTADA INITIO.....	31	<i>aztreonam</i>	107	BIDIL.....	50
<i>armodafinil</i>	53	<i>azurette (28)</i>	113	BIKTARVY.....	130
ARNUITY ELLIPTA.....	60	<i>bacitracin</i>	92	<i>bisoprolol fumarate</i>	42
<i>arsenic trioxide</i>	3	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	92	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	42
<i>asenapine maleate</i>	32	<i>baclofen</i>	145	BLENREP.....	4
<i>ashlyna</i>	113	<i>balsalazide</i>	50	<i>bleomycin</i>	4
ASPARLAS.....	3	BALVERSA.....	4	<i>bleph-10</i>	92
<i>aspirin-dipyridamole</i>	141	<i>balziva (28)</i>	113	BLINCYTO.....	4
ASSURE ID INSULIN		BANZEL.....	120	<i>blisovi 24 fe</i>	113
SAFETY.....	137	BAVENCIO.....	4	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	113
<i>atazanavir</i>	130	BAXDELA.....	111	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	113
<i>atenolol</i>	41	BCG VACCINE, LIVE (PF)..	86	BOOSTRIX TDAP.....	86
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	41	BD ULTRA-FINE NANO		BORTEZOMIB.....	4
<i>atomoxetine</i>	53	PEN NEEDLE.....	137	BOSULIF.....	4
<i>atorvastatin</i>	46	BD VEO INSULIN SYR		BRAFTOVI.....	4
<i>atovaquone</i>	28	HALF UNIT.....	137	BREO ELLIPTA.....	60
<i>atovaquone-proguanil</i>	28	BD VEO INSULIN		BREZTRI AEROSPHERE....	61
ATRIPLA.....	130	SYRINGE UF.....	137	<i>briellyn</i>	113
<i>atropine</i>	95	<i>bekyree (28)</i>	113	BRILINTA.....	141
ATROVENT HFA.....	61	BELEODAQ.....	4	<i>brimonidine</i>	90
AUBAGIO.....	53	BELSOMRA.....	53	BRIVIACT.....	120
<i>aubra eq</i>	113	<i>benazepril</i>	49	<i>bromocriptine</i>	29
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	113	BENDEKA.....	4	BROMSITE.....	94
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	113	BENLYSTA.....	96	BRONCHITOL.....	58
<i>aurovela 24 fe</i>	113	<i>benztropine</i>	29	BRUKINSA.....	4
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	113	BESIVANCE.....	92	<i>budesonide</i>	50, 60

<i>bumetanide</i>	48	<i>cefadroxil</i>	107	CIMZIA POWDER FOR	
<i>buprenorphine hcl</i>	17, 100	<i>cefazolin</i>	107	RECONST.....	80
<i>buprenorphine-naloxone</i>	17	<i>cefdinir</i>	107	<i>cinacalcet</i>	51
<i>bupropion hcl</i>	125	<i>cefepime</i>	108	CINQAIR.....	58
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> .	17	<i>cefixime</i>	108	CINRYZE.....	142
<i>bupirone</i>	18	<i>cefotaxime</i>	108	CINVANTI.....	26
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	101	<i>cefoxitin</i>	108	<i>ciprofloxacin</i>	111
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	101	<i>cefpodoxime</i>	108	<i>ciprofloxacin hcl</i>	92, 111
BYNFEZIA.....	76	<i>cefprozil</i>	108	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ..	111
BYSTOLIC.....	42	<i>ceftazidime</i>	108	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	92
CABENUVA.....	130	<i>ceftriaxone</i>	108	<i>citalopram</i>	125
<i>cabergoline</i>	29	<i>cefuroxime axetil</i>	108	<i>clarithromycin</i>	109
CABLIVI.....	140	<i>cefuroxime sodium</i>	108	CLENPIQ.....	70
CABOMETYX.....	5	<i>celecoxib</i>	99	<i>clindamycin hcl</i>	105
<i>caffeine citrate</i>	54	CELONTIN.....	120	CLINDAMYCIN IN 0.9 %	
<i>calcipotriene</i>	65	<i>cephalexin</i>	108	SOD CHLOR.....	105
<i>calcitonin (salmon)</i>	51	CERDELGA.....	144	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...	105
<i>calcitriol</i>	51	CEREZYME.....	144	CLINDAMYCIN IN 5 %	
<i>calcium acetate(phosphat</i>		CHANTIX.....	17	DEXTROSE.....	106
<i>bind)</i>	70	CHANTIX CONTINUING		<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>calcium chloride</i>	138	MONTH BOX.....	17	.....	66, 104, 106
CALDOLOR.....	99	CHANTIX STARTING		CLINIMIX 5%/D15W	
CALQUENCE.....	5	MONTH BOX.....	17	SULFITE FREE.....	37
<i>camila</i>	113	<i>chateal eq (28)</i>	113	CLINIMIX 5%/D25W	
CAPASTAT.....	129	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	105	SULFITE-FREE.....	37
CAPLYTA.....	32	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	18	CLINIMIX 4.25%/D10W	
CAPRELSA.....	5	<i>chlorhexidine gluconate</i>	63	SULF FREE.....	37
<i>captopril</i>	49	<i>chloroquine phosphate</i>	28	CLINIMIX 4.25%/D5W	
CARBAGLU.....	68	<i>chlorothiazide</i>	48	SULFIT FREE.....	37
<i>carbamazepine</i>	120	<i>chlorothiazide sodium</i>	48	CLINIMIX 4.25%-D25W	
<i>carbidopa-levodopa</i>	29	<i>chlorpromazine</i>	32	SULF-FREE.....	38
<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorthalidone</i>	48	CLINIMIX 5%-	
<i>entacapone</i>	29	<i>chlorzoxazone</i>	145, 146	D20W(SULFITE-FREE).....	38
<i>carteolol</i>	91	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	46	CLINIMIX 6%-D5W	
<i>cartia xt</i>	43	<i>cholestyramine light</i>	46	(SULFITE-FREE).....	38
<i>carvedilol</i>	42	<i>ciclopirox</i>	127	CLINIMIX 8%-	
<i>caspofungin</i>	127	<i>cilostazol</i>	141	D10W(SULFITE-FREE).....	38
CAYSTON.....	107	CIMDUO.....	131	CLINIMIX 8%-	
<i>caziant (28)</i>	113	<i>cimetidine hcl</i>	67	D14W(SULFITE-FREE).....	38
<i>cefaclor</i>	107	CIMZIA.....	80		

CLINIMIX E 2.75%/D5W	<i>compro</i>	26	DAURISMO.....	5
SULF FREE.....	<i>constulose</i>	68	<i>daysee</i>	114
CLINIMIX E 4.25%/D10W	COPAXONE.....	54	<i>deblitane</i>	114
SUL FREE.....	COPIKTRA.....	5	<i>decitabine</i>	6
CLINIMIX E 4.25%/D5W	CORLANOR.....	44	<i>deferasirox</i>	104
SULF FREE.....	<i>cormax</i>	64	<i>deferiprone</i>	104
CLINIMIX E 5%/D15W	<i>cortisone</i>	74	<i>deferoxamine</i>	104
SULFIT FREE.....	COSENTYX (2 SYRINGES)..	80	DELSTRIGO.....	131
CLINIMIX E 5%/D20W	COSENTYX PEN (2 PENS)..	80	DEMSEER.....	44
SULFIT FREE.....	COTELLIC.....	5	DEPO-PROVERA.....	79
CLINIMIX E 8%-D10W	CREON.....	144	DESCOVY.....	131
SULFITEFREE.....	CRIVIVAN.....	131	<i>desipramine</i>	125
CLINIMIX E 8%-D14W	<i>cromolyn</i>	58, 68, 95	<i>desmopressin</i>	76
SULFITEFREE.....	<i>cryselle (28)</i>	113	<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i>	114
CLINOLIPID.....	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	113	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	114
<i>clobazam</i>	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	113	<i>desoximetasone</i>	64
<i>clobetasol</i>	<i>cyclobenzaprine</i>	146	<i>desvenlafaxine succinate</i>	125
<i>clobetasol-emollient</i>	<i>cyclopentolate</i>	95	<i>dexamethasone</i>	74
<i>clofarabine</i>	<i>cyclophosphamide</i>	5	<i>dexamethasone sodium phos</i>	
<i>clomipramine</i>	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	5	<i>(pf)</i>	74
<i>clonazepam</i>	<i>cyclosporine</i>	80	<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>clonidine</i>	<i>cyclosporine modified</i>	80	<i>phosphate</i>	74, 94
<i>clonidine hcl</i>	<i>cyproheptadine</i>	129	<i>dexmethylphenidate</i>	54
<i>clopidogrel</i>	CYRAMZA.....	5	<i>dextroamphetamine</i>	54
<i>clorazepate dipotassium</i>	<i>cyred eq</i>	114	<i>dextroamphetamine-</i>	
<i>clotrimazole</i>	CYSTADANE.....	96	<i>amphetamine</i>	54
<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	CYSTARAN.....	95	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> ..	39
<i>clovique</i>	<i>dalfampridine</i>	54	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	39
<i>clozapine</i>	DALIRESP.....	58	DIACOMIT.....	121
COARTEM.....	<i>danazol</i>	72	<i>diazepam</i>	19, 121
<i>codeine sulfate</i>	<i>dantrolene</i>	146	<i>diazepam intensol</i>	19
<i>colchicine</i>	DANYELZA.....	5	<i>diazoxide</i>	96
<i>colesevelam</i>	<i>dapsone</i>	129	<i>diclofenac epolamine</i>	99
<i>colestipol</i>	DAPTACEL (DTAP		<i>diclofenac potassium</i>	99
<i>colistin (colistimethate na)</i>	PEDIATRIC) (PF).....	86	<i>diclofenac sodium</i>	94, 99
<i>colocort</i>	<i>daptomycin</i>	106	<i>dicloxacillin</i>	110
COMBIGAN.....	DARZALEX.....	5	<i>dicyclomine</i>	68
COMBIVENT RESPIMAT...	DARZALEX FASPRO.....	5	<i>didanosine</i>	131
COMETRIQ.....	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	114	DIFICID.....	109
COMPLERA.....	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	114	<i>digitek</i>	44

<i>digox</i>	44	<i>duloxetine</i>	125	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ...	49
<i>digoxin</i>	44	DUPIXENT PEN.....	80	ENBREL.....	81
<i>dihydroergotamine</i>	25	DUPIXENT SYRINGE.....	81	ENBREL MINI.....	81
<i>diltiazem hcl</i>	43	DUREZOL.....	94	ENBREL SURECLICK.....	81
<i>dilt-xr</i>	43	<i>dutasteride</i>	71	ENDARI.....	96
<i>dimenhydrinate</i>	27	<i>econazole</i>	128	<i>endocet</i>	101
<i>dimethyl fumarate</i>	54	EDARBI.....	45	ENGERIX-B (PF).....	86, 87
DIPENTUM.....	50	EDARBYCLOR.....	45	ENGERIX-B PEDIATRIC	
<i>diphenhydramine hcl</i>	129	EDURANT.....	131	(PF).....	87
<i>diphenoxylate-atropine</i>	68	<i>efavirenz</i>	131	ENHERTU.....	6
<i>dipyridamole</i>	142	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofo</i>	131	<i>enoxaparin</i>	140, 141
<i>disopyramide phosphate</i>	41	<i>efavirenz-lamivu-tenofo</i>	131	<i>enpresse</i>	114
<i>disulfiram</i>	17	EGRIFTA.....	76	<i>enskyce</i>	114
<i>divalproex</i>	121	EGRIFTA SV.....	76	<i>entacapone</i>	29
<i>dofetilide</i>	41	ELAPRASE.....	144	<i>entecavir</i>	136
<i>donepezil</i>	19	ELIGARD.....	6	ENTRESTO.....	45
DOPTELET (10 TAB PACK)		ELIGARD (3 MONTH).....	6	<i>enulose</i>	68
.....	142	ELIGARD (4 MONTH).....	6	EPCLUSA.....	134
DOPTELET (15 TAB PACK)		ELIGARD (6 MONTH).....	6	EPIDIOLEX.....	121
.....	142	<i>elinest</i>	114	<i>epinastine</i>	95
DOPTELET (30 TAB PACK)		ELIQUIS.....	140	<i>epinephrine</i>	44
.....	142	ELIQUIS DVT-PE TREAT		<i>epitol</i>	121
<i>dorzolamide</i>	91	30D START.....	140	EPIVIR HBV.....	131
<i>dorzolamide-timolol</i>	91	ELITEK.....	144	<i>eplerenone</i>	49
<i>dotti</i>	73	ELLA.....	114	<i>epoprostenol (glycine)</i>	98
DOVATO.....	131	ELMIRON.....	96	ERBITUX.....	6
<i>doxazosin</i>	40	<i>eluryng</i>	114	<i>ergoloid</i>	19
<i>doxepin</i>	125	EMCYT.....	6	ERGOMAR.....	25
<i>doxercalciferol</i>	51	EMEND.....	27	ERIVEDGE.....	6
<i>doxorubicin</i>	6	EMFLAZA.....	75	ERLEADA.....	6
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	6	EMGALITY PEN.....	25	<i>erlotinib</i>	6
<i>doxy-100</i>	111	EMGALITY SYRINGE.....	25	<i>errin</i>	114
<i>doxycycline hyclate</i>	111, 112	<i>emoquette</i>	114	<i>ertapenem</i>	107
<i>doxycycline monohydrate</i>	112	EMPLICITI.....	6	<i>ery pads</i>	66
DRIZALMA SPRINKLE....	125	EMSAM.....	125	<i>erythromycin</i>	92, 109
<i>dronabinol</i>	27	<i>emtricitabine</i>	131	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	109
<i>droperidol</i>	27	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ..	131	<i>erythromycin with ethanol</i>	66
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	114	EMTRIVA.....	131	ESBRIET.....	58
DROXIA.....	6	<i>enalapril maleate</i>	49	<i>escitalopram oxalate</i>	125
DUAVEE.....	73	<i>enalaprilat</i>	49	<i>esomeprazole sodium</i>	67

<i>estarylla</i>	114	<i>fentanyl</i>	101	<i>fosaprepitant</i>	27
<i>estradiol</i>	73	<i>fentanyl citrate</i>	101	<i>foscarnet</i>	135
<i>estradiol valerate</i>	73	FERRIPROX.....	104	<i>fosinopril</i>	49
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	73	FETZIMA.....	126	<i>fosphenytoin</i>	121
<i>eszopiclone</i>	53	FIASP FLEXTOUCH U-100		FREAMINE HBC 6.9 %.....	39
<i>ethambutol</i>	129	INSULIN.....	22	FREAMINE III 10 %.....	39
<i>ethosuximide</i>	121	FIASP PENFILL U-100		FULPHILA.....	142
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	114	INSULIN.....	22	<i>fulvestrant</i>	7
<i>etodolac</i>	99	FIASP U-100 INSULIN.....	22	<i>furosemide</i>	48
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	114	<i>finasteride</i>	71	FUZEON.....	132
ETOPOPHOS.....	6	FINTEPLA.....	121	<i>fyavolv</i>	73
<i>etoposide</i>	6	FIRVANQ.....	106	FYCOMPA.....	121
EUCRISA.....	64	FLEBOGAMMA DIF.....	81	<i>gabapentin</i>	122
EVENITY.....	51	<i>flecainide</i>	41	GALAFOLD.....	144
<i>everolimus</i>		FLOVENT DISKUS.....	60	<i>galantamine</i>	19
(<i>immunosuppressive</i>).....	81	FLOVENT HFA.....	60	GAMASTAN.....	81
EVOTAZ.....	131	<i>floxuridine</i>	7	GAMIFANT.....	81
EVRYSDI.....	96	<i>fluconazole</i>	128	GAMMAGARD LIQUID.....	81
<i>exemestane</i>	7	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	128	GAMMAGARD S-D (IGA <	
EXONDYS-51.....	96	<i>flucytosine</i>	128	1 MCG/ML).....	81
EXTAVIA.....	54	<i>fludrocortisone</i>	75	GAMMAPLEX.....	81
<i>ezetimibe</i>	46	<i>flumazenil</i>	54	GAMMAPLEX (WITH	
FABRAZYME.....	144	<i>flunisolide</i>	94	SORBITOL).....	81
<i>falmina (28)</i>	114	<i>fluocinolone</i>	64	<i>ganciclovir sodium</i>	136, 137
<i>famciclovir</i>	136	<i>fluocinonide</i>	64	GARDASIL 9 (PF).....	87
<i>famotidine</i>	67	<i>fluocinonide-e</i>	64	GATTEX 30-VIAL.....	68
<i>famotidine (pf)</i>	67	<i>fluorometholone</i>	94	GAUZE PAD.....	137
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> ..	67	<i>fluorouracil</i>	7, 65	<i>gavilyte-c</i>	70
FANAPT.....	32	<i>fluoxetine</i>	126	<i>gavilyte-g</i>	70
FARXIGA.....	20	<i>fluphenazine decanoate</i>	32	<i>gavilyte-n</i>	70
FARYDAK.....	7	<i>fluphenazine hcl</i>	32	GAVRETO.....	7
FASENRA.....	58	<i>flurbiprofen</i>	99	GAZYVA.....	7
FASENRA PEN.....	58	<i>flurbiprofen sodium</i>	94	<i>gemfibrozil</i>	46
<i>febuxostat</i>	24	<i>flutamide</i>	7	<i>generlac</i>	68
<i>felbamate</i>	121	<i>fluticasone propionate</i>	64, 94	<i>gengraf</i>	81, 82
FEMRING.....	73	<i>fluvoxamine</i>	126	GENOTROPIN.....	76
<i>femynor</i>	114	<i>fomepizole</i>	96	GENOTROPIN	
<i>fenofibrate</i>	46	<i>fondaparinux</i>	141	MINIQUICK.....	76
<i>fenofibrate micronized</i>	46	FORTEO.....	52	<i>gentak</i>	92
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	46	<i>fosamprenavir</i>	131	<i>gentamicin</i>	66, 92, 105

<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	105	HAVRIX (PF).....	87	<i>hydroxyzine hcl</i>	129
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	105	<i>heather</i>	115	<i>hydroxyzine pamoate</i>	97
GENVOYA.....	132	<i>heparin (porcine)</i>	141	HYPERRAB (PF).....	82
GILENYA.....	55	<i>heparin, porcine (pf)</i>	141	HYPERRAB S/D (PF).....	82
GILOTRIF.....	7	HEPATAMINE 8%.....	39	HYQVIA.....	83
GIVLAARI.....	140	HERCEPTIN.....	7	<i>ibandronate</i>	52
<i>glatiramer</i>	55	HERCEPTIN HYLECTA.....	7	IBRANCE.....	7
<i>glatopa</i>	55	HERZUMA.....	7	<i>ibu</i>	100
<i>glimepiride</i>	24	HETLIOZ.....	53	<i>ibuprofen</i>	100
<i>glipizide</i>	24	HIBERIX (PF).....	87	<i>icatibant</i>	44
<i>glipizide-metformin</i>	24	HUMATROPE.....	76	<i>iclevia</i>	115
<i>glyburide</i>	24	HUMIRA.....	82	ICLUSIG.....	7
<i>glyburide micronized</i>	24	HUMIRA PEN.....	82	IDHIFA.....	7
<i>glyburide-metformin</i>	24	HUMIRA PEN CROHNS- UC-HS START.....	82	<i>ifosfamide</i>	7
<i>glycopyrrolate</i>	68, 69	HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS.....	82	ILARIS (PF).....	83
<i>glydo</i>	103	HUMIRA(CF).....	82	ILEVRO.....	94
GOCOVRI.....	30	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER.....	82	ILUMYA.....	83
<i>granisetron (pf)</i>	27	HUMIRA(CF) PEN.....	82	<i>imatinib</i>	8
<i>granisetron hcl</i>	27	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	82	IMBRUVICA.....	8
GRANIX.....	142	HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS.....	82	IMFINZI.....	8
<i>griseofulvin microsize</i>	128	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN.....	22	<i>imipenem-cilastatin</i>	107
<i>guanfacine</i>	40, 55	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	22	<i>imipramine hcl</i>	126
GVOKE HYPOPEN 1- PACK.....	96	<i>hydralazine</i>	44	<i>imiquimod</i>	65
GVOKE HYPOPEN 2- PACK.....	96	<i>hydrochlorothiazide</i>	48	IMLYGIC.....	8
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	96	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ... <i>hydrocodone-ibuprofen</i>	101	IMOGAM RABIES-HT (PF).....	83
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	97	<i>hydrocortisone</i>	50, 64, 75	IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....	87
HAEGARDA.....	142	<i>hydromorphone</i>	101	IMPAVIDO.....	28
<i>hailey</i>	115	<i>hydromorphone (pf)</i>	101	INBRIJA.....	30
<i>hailey 24 fe</i>	114	<i>hydroxychloroquine</i>	28	<i>incassia</i>	115
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	114	<i>hydroxyprogesterone</i> <i>cap(ppres)</i>	79	INCRELEX.....	76
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	115	<i>hydroxyurea</i>	7	<i>indapamide</i>	48
<i>halobetasol propionate</i>	64			<i>indomethacin</i>	100
<i>haloperidol</i>	33			INFANRIX (DTAP) (PF).....	87
<i>haloperidol decanoate</i>	32, 33			INFLECTRA.....	83
<i>haloperidol lactate</i>	33			INGREZZA.....	55
HARVONI.....	135			INGREZZA INITIATION PACK.....	55
				INLYTA.....	8
				INQOVI.....	8

INREBIC.....	8	<i>jencycla</i>	115	KOSELUGO.....	9
INSULIN SYRINGE- NEEDLE U-100.....	137	JENTADUETO.....	20	KRINTAFEL.....	28
INTELENCE.....	132	JENTADUETO XR.....	20	KRYSTEXXA.....	144
INTRALIPID.....	39	<i>jinteli</i>	73	<i>kurvelo (28)</i>	115
INTRON A.....	136	<i>juleber</i>	115	KUVAN.....	144
<i>introvale</i>	115	JULUCA.....	132	KYNMOBI.....	30
INVEGA SUSTENNA.....	33	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	115	KYPROLIS.....	9
INVEGA TRINZA.....	33	<i>junel 1/20 (21)</i>	115	<i>l norgestle.estradiol-e.estrad</i>	115, 116
INVELTYS.....	94	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	115	<i>labetalol</i>	42
INVIRASE.....	132	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	115	LACTATED RINGERS.....	146
IONOSOL-B IN D5W.....	138	<i>junel fe 24</i>	115	<i>lactulose</i>	69
IONOSOL-MB IN D5W.....	138	JUXTAPID.....	46	<i>lamivudine</i>	132
IPOL.....	87	JYNARQUE.....	48	<i>lamivudine-zidovudine</i>	132
<i>ipratropium bromide</i>	61, 95	KABIVEN.....	39	<i>lamotrigine</i>	122
<i>ipratropium-albuterol</i>	62	KALETRA.....	132	<i>lansoprazole</i>	67
<i>irbesartan</i>	45	<i>kalliga</i>	115	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN.....	22
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	45	KALYDECO.....	58	LANTUS U-100 INSULIN.....	22
IRESSA.....	8	KANJINTI.....	8	<i>lapatinib</i>	9
ISENTRESS.....	132	KANUMA.....	144	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	116
ISENTRESS HD.....	132	<i>kariva (28)</i>	115	<i>larin 1/20 (21)</i>	116
<i>isibloom</i>	115	KEDRAB (PF).....	83	<i>larin 24 fe</i>	116
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	138	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	115	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	116
ISOLYTE-S.....	138	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	115	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	116
<i>isoniazid</i>	130	KESIMPTA PEN.....	55	<i>larissia</i>	116
<i>isosorbide dinitrate</i>	50	<i>ketoconazole</i>	128	<i>latanoprost</i>	91
<i>isosorbide mononitrate</i>	50	<i>ketorolac</i>	94, 100	LATUDA.....	33
<i>itraconazole</i>	128	KEVEYIS.....	97	LAZANDA.....	101
<i>ivermectin</i>	28	KEVZARA.....	83	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	135
IXEMPRA.....	8	KEYTRUDA.....	8	<i>leflunomide</i>	83
IXIARO (PF).....	87	KINERET.....	83	LEMTRADA.....	55
<i>jaimiess</i>	115	KINRIX (PF).....	88	LENVIMA.....	9
JAKAFI.....	8	<i>kionex</i>	69	<i>lessina</i>	116
<i>jantoven</i>	141	<i>kionex (with sorbitol)</i>	69	<i>letrozole</i>	9
JANUMET.....	20	KISQALI.....	9	<i>leucovorin calcium</i>	97
JANUMET XR.....	20	KISQALI FEMARA CO- PACK.....	8, 9	LEUKERAN.....	9
JANUVIA.....	20	<i>klor-con m10</i>	138	LEUKINE.....	142
JARDIANCE.....	20	<i>klor-con m15</i>	138	<i>leuprolide</i>	9
<i>jasmiel (28)</i>	115	<i>klor-con m20</i>	138	<i>levetiracetam</i>	122
		KORLYM.....	20		

<i>levobunolol</i>	91	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	45	MAVENCLAD (5 TABLET	
<i>levocarnitine</i>	97	LOTEMAX.....	94	PACK).....	55
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	97	LOTEMAX SM.....	94	MAVENCLAD (6 TABLET	
<i>levocetirizine</i>	129	<i>loteprednol etabonate</i>	94	PACK).....	55
<i>levofloxacin</i>	92, 111	<i>lovastatin</i>	46	MAVENCLAD (7 TABLET	
<i>levofloxacin in d5w</i>	111	<i>low-ogestrel (28)</i>	116	PACK).....	55
<i>levoleucovorin calcium</i>	97	<i>loxapine succinate</i>	34	MAVENCLAD (8 TABLET	
<i>levonest (28)</i>	116	<i>lo-zumandimine (28)</i>	116	PACK).....	55
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad...</i>	116	<i>lubiprostone</i>	69	MAVENCLAD (9 TABLET	
<i>levonorg-eth estrad triphasic...</i>	116	LUCEMYRA.....	18	PACK).....	56
<i>levora-28</i>	116	LUMIGAN.....	91	MAVYRET.....	135
<i>levothyroxine</i>	72	LUMOXITI.....	10	MAYZENT.....	56
LEXIVA.....	132	LUPRON DEPOT.....	10, 77	<i>meclizine</i>	27
LIBTAYO.....	9	LUPRON DEPOT (3		<i>medroxyprogesterone</i>	79
<i>lidocaine</i>	103	MONTH).....	10, 76	<i>mefenamic acid</i>	100
<i>lidocaine (pf)</i>	41, 103	LUPRON DEPOT (4		<i>mefloquine</i>	28
<i>lidocaine hcl</i>	103	MONTH).....	10	<i>megestrol</i>	10, 79
<i>lidocaine viscous</i>	103	LUPRON DEPOT (6		MEKINIST.....	10
<i>lidocaine-prilocaine</i>	104	MONTH).....	10	MEKTOVI.....	10
<i>lillow (28)</i>	116	LUPRON DEPOT-PED.....	77	<i>meloxicam</i>	100
<i>linezolid</i>	106	LUPRON DEPOT-PED (3		<i>memantine</i>	19
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	106	MONTH).....	77	MENACTRA (PF).....	88
LINZESS.....	69	<i>lutera (28)</i>	116	MENQUADFI (PF).....	88
<i>liothyronine</i>	72	<i>lyleq</i>	116	MENVEO A-C-Y-W-135-	
<i>lisinopril</i>	49	<i>lyllana</i>	73	DIP (PF).....	88
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	49	LYNPARZA.....	10	MEPSEVII.....	144
<i>lithium carbonate</i>	55	LYSODREN.....	10	<i>mercaptopurine</i>	10
LIVALO.....	46	<i>lyza</i>	117	<i>meropenem</i>	107
<i>lojaimiess</i>	116	<i>magnesium sulfate</i>	138	<i>merzee</i>	117
LOKELMA.....	69	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	138	<i>mesalamine</i>	50, 51
LONSURF.....	9	<i>magnesium sulfate in water</i>	138	<i>mesna</i>	97
<i>loperamide</i>	69	<i>malathion</i>	66	MESNEX.....	97
<i>lopinavir-ritonavir</i>	132	<i>maprotiline</i>	126	<i>metaproterenol</i>	62
<i>lorazepam</i>	19	<i>marlissa (28)</i>	117	<i>metformin</i>	20, 21
LORBRENA.....	9, 10	MARPLAN.....	126	<i>methadone</i>	102
<i>lorcet (hydrocodone)</i>	101	MATULANE.....	10	<i>methadose</i>	102
<i>lorcet hd</i>	102	MAVENCLAD (10 TABLET		<i>methenamine hippurate</i>	106
<i>lorcet plus</i>	102	PACK).....	55	<i>methimazole</i>	72
<i>loryna (28)</i>	116	MAVENCLAD (4 TABLET		<i>methocarbamol</i>	146
<i>losartan</i>	45	PACK).....	55	<i>methotrexate sodium</i>	10

<i>methotrexate sodium (pf)</i>	10	MONJUVI.....	11	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	93
<i>methoxsalen</i>	65	<i>mono-lylah</i>	117	<i>neo-polycin</i>	93
<i>methscopolamine</i>	69	<i>montelukast</i>	60, 61	<i>neo-polycin hc</i>	93
<i>methyldopa</i>	40	<i>morphine</i>	102	NEOSPORIN GU	
<i>methyldopa-</i>		MORPHINE.....	102	IRRIGANT.....	66
<i>hydrochlorothiazide</i>	40	<i>morphine concentrate</i>	102	NEPHRAMINE 5.4 %.....	39
<i>methylphenidate hcl</i>	56	MOVANTIK.....	69	NERLYNX.....	11
<i>methylprednisolone</i>	75	<i>moxifloxacin</i>	92, 111	NEULASTA.....	142
<i>methylprednisolone acetate</i>	75	MOZOBIL.....	142	NEUPOGEN.....	142, 143
<i>methylprednisolone sodium</i>		MULPLETA.....	142	NEUPRO.....	30
<i>succ</i>	75	MULTAQ.....	41	<i>nevirapine</i>	132, 133
<i>metipranolol</i>	91	<i>mupirocin</i>	66	NEXAVAR.....	11
<i>metoclopramide hcl</i>	69	MVASI.....	11	NEXLETOL.....	47
<i>metolazone</i>	48	<i>mycophenolate mofetil</i>	83	NEXLIZET.....	47
<i>metoprolol succinate</i>	42	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	83	<i>niacin</i>	47
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	42	MYLOTARG.....	11	<i>niacor</i>	47
<i>metoprolol tartrate</i>	42	MYRBETRIQ.....	71	<i>nicardipine</i>	46
<i>metronidazole</i>	66, 104, 106	<i>nabumetone</i>	100	NICOTROL.....	18
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	106	<i>nafcillin</i>	110	<i>nifedipine</i>	46
<i>metyrosine</i>	44	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	110	<i>nikki (28)</i>	117
<i>mexiletine</i>	41	NAGLAZYME.....	144	<i>nilutamide</i>	11
MIACALCIN.....	52	<i>naloxone</i>	18	NINLARO.....	11
<i>miconazole-3</i>	128	<i>naltrexone</i>	18	<i>nitazoxanide</i>	28
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	117	NAMZARIC.....	19	<i>nitisinone</i>	144
<i>midodrine</i>	40	<i>naproxen</i>	100	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	106
<i>miglustat</i>	144	NARCAN.....	18	<i>nitrofurantoin monohydr/m-</i>	
<i>mili</i>	117	NATACYN.....	92	<i>cryst</i>	106
<i>milrinone</i>	44	NATPARA.....	52	<i>nitroglycerin</i>	50
<i>mimvey</i>	74	NAYZILAM.....	122	NITYR.....	145
<i>minitran</i>	50	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	117	NIVESTYM.....	143
<i>minocycline</i>	112	<i>nefazodone</i>	126	<i>nizatidine</i>	67
<i>minoxidil</i>	50	<i>neomycin</i>	105	NOCDURNA (MEN).....	77
<i>mirtazapine</i>	126	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	92	NOCDURNA (WOMEN).....	77
<i>misoprostol</i>	67	<i>neomycin-bacitracin-</i>		NORDITROPIN FLEXPRO.....	77
MITIGARE.....	24	<i>polymyxin</i>	92	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	117
<i>mitoxantrone</i>	10	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	66	<i>norethindrone acetate</i>	79
M-M-R II (PF).....	88	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	
<i>molindone</i>	34	<i>dexameth</i>	92	.....	74, 117
<i>mometasone</i>	64, 94	<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	117
<i>mondoxyne nl</i>	112	<i>gramicidin</i>	93	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	117

<i>norlyda</i>	117	<i>nyamyc</i>	128	ORENCIA (WITH	
NORMOSOL-M IN 5 %		<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	118	MALTOSE).....	84
DEXTROSE.....	139	<i>nymyo</i>	118	ORENCIA CLICKJECT.....	84
NORMOSOL-R PH 7.4.....	139	<i>nystatin</i>	128	ORFADIN.....	145
NORTHERA.....	40	<i>nystop</i>	129	ORGOVYX.....	78
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	117	NYVEPRIA.....	143	ORLISSA.....	78
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	117	OCALIVA.....	69	ORKAMBI.....	59
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	118	OCREVUS.....	56	ORLADEYO.....	143
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	118	OCTAGAM.....	83	<i>orsythia</i>	118
<i>nortriptyline</i>	126	<i>octreotide acetate</i>	77	<i>oseltamivir</i>	135
NORVIR.....	133	ODEFSEY.....	133	OSMOLEX ER.....	30
NOVOLIN 70/30 U-100		ODOMZO.....	11	OTEZLA.....	84
INSULIN.....	22	OFEV.....	59	OTEZLA STARTER.....	84
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		<i>ofloxacin</i>	93	<i>oxcarbazepine</i>	122
U-100.....	22	<i>ogestrel (28)</i>	118	OXLUMO.....	97
NOVOLIN N FLEXPEN.....	22	OGIVRI.....	11	OXTELLAR XR.....	122
NOVOLIN N NPH U-100		<i>olanzapine</i>	34	<i>oxybutynin chloride</i>	71
INSULIN.....	23	<i>olmesartan</i>	45	<i>oxycodone</i>	102
NOVOLIN R FLEXPEN.....	23	<i>olmesartan-</i>		<i>oxycodone-acetaminophen</i>	102
NOVOLIN R REGULAR U-		<i>hydrochlorothiazide</i>	45	<i>oxycodone-aspirin</i>	102
100 INSULN.....	23	<i>olopatadine</i>	95	OXYCONTIN.....	103
NOVOLOG FLEXPEN U-		OLUMIANT.....	84	OZEMPIC.....	21
100 INSULIN.....	23	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	47	<i>pacerone</i>	41
NOVOLOG MIX 70-30 U-		<i>omeprazole</i>	68	PADCEV.....	11
100 INSULN.....	23	<i>omeprazole-sodium</i>		<i>paliperidone</i>	34
NOVOLOG MIX 70-		<i>bicarbonate</i>	68	PALYNZIQ.....	145
30FLEXPEN U-100.....	23	OMNIPOD DASH 5 PACK		PANRETIN.....	65
NOVOLOG PENFILL U-100		POD.....	137	<i>pantoprazole</i>	68
INSULIN.....	23	OMNITROPE.....	78	<i>paricalcitol</i>	52
NOVOLOG U-100 INSULIN		ONCASPAR.....	11	<i>paroex oral rinse</i>	63
ASPART.....	23	<i>ondansetron</i>	27	<i>paromomycin</i>	29
NOXAFIL.....	128	<i>ondansetron hcl</i>	27	<i>paroxetine hcl</i>	126
NUBEQA.....	11	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	27	PAXIL.....	126
NUCALA.....	58, 59	ONIVYDE.....	11	PEDIARIX (PF).....	88
NUEDEXTA.....	56	ONTRUZANT.....	11	PEDVAX HIB (PF).....	88
NULOJIX.....	83	ONUREG.....	11	PEGANONE.....	122
NUPLAZID.....	34	OPDIVO.....	11	PEGASYS.....	136
NURTEC ODT.....	25	OPSUMIT.....	98	PEGINTRON.....	136
NUTRILIPID.....	39	<i>oralone</i>	63	PEMAZYRE.....	11
NUTROPIN AQ NUSPIN.....	77	ORENCIA.....	84	PEN NEEDLE, DIABETIC.....	138

<i>penicillamine</i>	104	POLIVY	12	<i>probenecid-colchicine</i>	24
<i>penicillin g potassium</i>	110	<i>polycin</i>	93	<i>procainamide</i>	41
<i>penicillin g procaine</i>	110	<i>polymyxin b sulfate</i>	106	PROCALAMINE 3%	40
<i>penicillin v potassium</i>	110	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	93	<i>prochlorperazine</i>	27
PENNSAID	100	POMALYST	12	<i>prochlorperazine edisylate</i>	27
PENTACEL (PF)	88	<i>portia 28</i>	118	<i>prochlorperazine maleate</i>	27
<i>pentamidine</i>	29	PORTRAZZA	12	<i>procto-med hc</i>	64
<i>pentoxifylline</i>	142	<i>posaconazole</i>	129	<i>proctosol hc</i>	64
PERIKABIVEN	40	<i>potassium chloride</i>	139	<i>proctozone-hc</i>	65
<i>perindopril erbumine</i>	49	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	139	<i>progesterone</i>	79
<i>periogard</i>	63	.....	139	<i>progesterone micronized</i>	79
<i>permethrin</i>	66	<i>potassium citrate</i>	139	PROGRAF	84
<i>perphenazine</i>	34	PRADAXA	141	PROLASTIN-C	59
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	126	PRALUENT PEN	47	PROLENSA	95
PERSERIS	34	<i>pramipexole</i>	30	PROLEUKIN	12
<i>pfizerpen-g</i>	110	<i>prasugrel</i>	142	PROLIA	52
<i>phenadoz</i>	27	<i>pravastatin</i>	47	PROMACTA	143
<i>phenelzine</i>	126	<i>prazosin</i>	41	<i>promethazine</i>	28, 129
<i>phenobarbital</i>	122	<i>prednicarbate</i>	64	<i>promethegan</i>	28
<i>phenylephrine hcl</i>	41	<i>prednisolone</i>	75	<i>propafenone</i>	41
<i>phenytoin</i>	122, 123	<i>prednisolone acetate</i>	95	<i>proparacaine</i>	95
<i>phenytoin sodium</i>	123	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	75, 95	<i>propranolol</i>	42
<i>phenytoin sodium extended</i>	123	.....	75, 95	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	42
PHESGO	11	<i>prednisone</i>	75	<i>propylthiouracil</i>	72
<i>philith</i>	118	<i>pregabalin</i>	123	PROQUAD (PF)	88
PHOSLYRA	70	PREMARIN	74	PROSOL 20 %	40
PICATO	65	PREMPHASE	74	<i>protamine</i>	140
PIFELTRO	133	PREMPRO	74	<i>protriptyline</i>	127
<i>pilocarpine hcl</i>	63, 91	PRETOMANID	130	PULMOZYME	145
<i>pimecrolimus</i>	64	<i>prevalite</i>	47	PURIXAN	12
<i>pimozide</i>	34	<i>previfem</i>	118	<i>pyrazinamide</i>	130
<i>pimtree (28)</i>	118	PREVYMIS	135	<i>pyridostigmine bromide</i>	97
<i>pioglitazone</i>	21	PREZCOBIX	133	<i>pyrimethamine</i>	29
<i>piperacillin-tazobactam</i>	110	PREZISTA	133	QINLOCK	12
PIQRAY	12	PRIFTIN	130	QUADRACEL (PF)	88
<i>pirmella</i>	118	PRIMAQUINE	29	<i>quetiapine</i>	34
PLASMA-LYTE 148	139	<i>primidone</i>	123	<i>quinapril</i>	49
PLASMA-LYTE A	139	PRIVIGEN	84	<i>quinidine sulfate</i>	41
PLEGRIDY	56	PROAIR RESPICLICK	62	RABAVERT (PF)	89
<i>podofilox</i>	66	<i>probenecid</i>	24	RADICAVA	56

<i>raloxifene</i>	74	<i>riluzole</i>	57	SEROSTIM.....	78
<i>ramipril</i>	49	<i>rimantadine</i>	136	<i>sertraline</i>	127
<i>ranitidine hcl</i>	68	RINVOQ.....	84	<i>setlakin</i>	118
<i>ranolazine</i>	44	<i>risedronate</i>	52	<i>sevelamer carbonate</i>	70
<i>rasagiline</i>	30	RISPERDAL CONSTA... 34, 35		<i>sevelamer hcl</i>	70
RASUVO (PF).....	84	<i>risperidone</i>	35	<i>sharobel</i>	118
RAVICTI.....	69	<i>ritonavir</i>	133	SHINGRIX (PF).....	89
RAYALDEE.....	52	RITUXAN.....	12	SIGNIFOR.....	78
REBIF (WITH ALBUMIN).....	56	RITUXAN HYCELA.....	12	SIKLOS.....	140
REBIF REBIDOSE.....	57	<i>rivastigmine</i>	20	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	98
REBIF TITRATION PACK..	57	<i>rivastigmine tartrate</i>	20	SILIQ.....	84
<i>reclipsen (28)</i>	118	<i>rizatriptan</i>	25	<i>silver sulfadiazine</i>	66
RECOMBIVAX HB (PF).....	89	ROCKLATAN.....	91	SIMBRINZA.....	91
RECTIV.....	97	<i>ropinirole</i>	30	<i>simliya (28)</i>	118
RELENZA DISKHALER... 136		<i>rosadan</i>	66	<i>simpesse</i>	118
RELISTOR.....	69	<i>rosuvastatin</i>	47	SIMPONI.....	85
REMICADE.....	84	ROTARIX.....	89	SIMPONI ARIA.....	85
RENFLEXIS.....	84	ROTATEQ VACCINE.....	89	<i>simvastatin</i>	47
<i>repaglinide</i>	21	ROZLYTREK.....	12	<i>sirolimus</i>	85
REPATHA PUSHTRONEX..	47	RUBRACA.....	12	SIRTURO.....	130
REPATHA SURECLICK.....	47	<i>rufinamide</i>	123	SKYRIZI.....	85
REPATHA SYRINGE.....	47	RUKOBIA.....	133	<i>sodium chloride 0.9%</i>	139
RESCRIPTOR.....	133	RUXIENCE.....	13	<i>sodium phenylbutyrate</i>	70
RESTASIS.....	95	RYBELSUS.....	21	<i>sodium polystyrene (sorb free)</i> ..	70
RETACRIT.....	143	RYDAPT.....	13	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	70
RETEVMO.....	12	SAIZEN.....	78	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	135
RETROVIR.....	133	SAIZEN SAIZENPREP.....	78	SOLQUA 100/33.....	23
REVCOVI.....	145	SANDOSTATIN LAR		SOLTAMOX.....	13
REVLIMID.....	12	DEPOT.....	78	SOLU-CORTEF ACT-O-	
<i>revonto</i>	146	SANTYL.....	66	VIAL (PF).....	75
REXULTI.....	34	<i>sapropterin</i>	145	SOMATULINE DEPOT.....	78
REYATAZ.....	133	SARCLISA.....	13	SOMAVERT.....	78
REYVOW.....	25	SAVELLA.....	57	<i>sorine</i>	43
RHOPRESSA.....	91	<i>scopolamine base</i>	28	<i>sotalol</i>	43
RIABNI.....	12	SECUADO.....	35	<i>sotalol af</i>	43
<i>ribasphere</i>	137	<i>selegiline hcl</i>	30	SOVALDI.....	135
<i>ribavirin</i>	137	<i>selenium sulfide</i>	66	SPIRIVA RESPIMAT.....	62
RIDAURA.....	84	SELZENTRY.....	133	SPIRIVA WITH	
<i>rifabutin</i>	130	SE-NATAL-19.....	146	HANDIHALER.....	62
<i>rifampin</i>	130	SEREVENT DISKUS.....	62	<i>spironolactone</i>	48

SPRAVATO.....	127	SYMFI LO.....	133	TEMODAR.....	14
<i>sprintec (28)</i>	118	SYMJEPI.....	44	TENIVAC (PF).....	89
SPRITAM.....	123	SYMLINPEN 120.....	21	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	134
SPRYCEL.....	13	SYMLINPEN 60.....	21	TEPEZZA.....	96
<i>sps (with sorbitol)</i>	70	SYMPAZAN.....	123	TEPMETKO.....	14
<i>sronyx</i>	118	SYMTUZA.....	134	<i>terazosin</i>	71
<i>ssd</i>	66	SYNAGIS.....	136	<i>terbinafine hcl</i>	129
<i>stavudine</i>	133	SYNAREL.....	79	<i>terbutaline</i>	62
STELARA.....	85	SYNERCID.....	106	<i>terconazole</i>	104
STERILE PADS.....	138	SYNJARDY.....	21	<i>testosterone</i>	72
STIOLTO RESPIMAT.....	62	SYNJARDY XR.....	21	<i>testosterone cypionate</i>	72
STIVARGA.....	13	SYNRIBO.....	13	<i>testosterone enanthate</i>	72
STRENSIQ.....	145	TABLOID.....	13	TETANUS,DIPHThERIA	
<i>streptomycin</i>	105	TABRECTA.....	13	TOX PED(PF).....	89
STRIBILD.....	133	<i>tacrolimus</i>	65, 85	<i>tetrabenazine</i>	57
STRIVERDI RESPIMAT.....	62	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> ..	98	<i>tetracycline</i>	112
SUBLOCADE.....	18	TAFINLAR.....	13	THALOMID.....	97
<i>subvenite</i>	123	TAGRISSE.....	13	<i>theophylline</i>	62
<i>sucralfate</i>	68	TAKHZYRO.....	97	THIOLA.....	71
<i>sulfacetamide sodium</i>	93	TALTZ AUTOINJECTOR....	85	THIOLA EC.....	71
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	66	TALTZ SYRINGE.....	85	<i>thioridazine</i>	35
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	93	TALZENNA.....	13	<i>thiotepa</i>	14
<i>sulfadiazine</i>	111	<i>tamoxifen</i>	13	<i>thiothixene</i>	35
<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>tamsulosin</i>	71	<i>tiadylt er</i>	43
<i>trimethoprim</i>	111	TARGRETIN.....	13	<i>tiagabine</i>	123
<i>sulfasalazine</i>	51	<i>tarina 24 fe</i>	118	TIBSOVO.....	14
<i>sulindac</i>	100	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	118	TICE BCG.....	14
<i>sumatriptan</i>	25, 26	TASIGNA.....	13, 14	<i>tigecycline</i>	112
<i>sumatriptan succinate</i>	26	TAVALISSE.....	140	<i>timolol maleate</i>	43, 91
SUNOSI.....	53	<i>tazarotene</i>	67	TIVICAY.....	134
SUPPRELIN LA.....	79	TAZORAC.....	67	TIVICAY PD.....	134
SUPREP BOWEL PREP		<i>taztia xt</i>	43	<i>tizanidine</i>	146
KIT.....	71	TAZVERIK.....	14	TOBI PODHALER.....	105
SUTENT.....	13	TDVAX.....	89	<i>tobramycin</i>	93, 105
<i>syeda</i>	118	TECENTRIQ.....	14	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	105
SYLATRON.....	13	TECFIDERA.....	57	<i>tobramycin sulfate</i>	105
SYLVANT.....	13	TEFLARO.....	108	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	93
SYMBICORT.....	60	<i>telmisartan</i>	45	TOLAK.....	66
SYMDEKO.....	59	<i>temazepam</i>	19	<i>tolterodine</i>	71
SYMFI.....	134	TEMIXYS.....	134	<i>topiramate</i>	123

<i>toposar</i>	14	<i>tri-lynyah</i>	119	UDENYCA.....	143
<i>toremifene</i>	14	<i>tri-lo-estarylla</i>	119	UNITUXIN.....	15
<i>torse mide</i>	48	<i>tri-lo-marzia</i>	119	UPTRAVI.....	99
TOTECT.....	98	<i>tri-lo-mili</i>	119	<i>ursodiol</i>	70
TOUJEO MAX U-300		<i>tri-lo-sprintec</i>	119	<i>valacyclovir</i>	137
SOLOSTAR.....	23	<i>trilyte with flavor packets</i>	71	VALCHLOR.....	66
TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>trimethoprim</i>	106	<i>valganciclovir</i>	137
INSULIN.....	23	<i>tri-mili</i>	119	<i>valproate sodium</i>	123
TOVIAZ.....	71	<i>trimipramine</i>	127	<i>valproic acid</i>	123
TRACLEER.....	98	TRINTELLIX.....	127	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	123
TRADJENTA.....	21	<i>tri-nymyo</i>	119	<i>valrubicin</i>	15
<i>tramadol</i>	103	<i>tri-previfem (28)</i>	119	<i>valsartan</i>	45
<i>tramadol-acetaminophen</i>	103	TRIPTODUR.....	79	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	45
<i>trandolapril</i>	49	<i>tri-sprintec (28)</i>	119	VALTOCO.....	124
<i>tranexamic acid</i>	140	TRIUMEQ.....	134	<i>vancomycin</i>	107
<i>tranylcypromine</i>	127	<i>trivora (28)</i>	119	VAQTA (PF).....	90
TRAVASOL 10 %.....	40	<i>tri-vylibra</i>	119	VARIVAX (PF).....	90
<i>travoprost</i>	91	<i>tri-vylibra lo</i>	119	VASCEPA.....	47
<i>travoprost (benzalkonium)</i>	91	TRODELVY.....	15	VEKLURY.....	137
TRAZIMERA.....	14	TROGARZO.....	134	VELCADE.....	15
<i>trazodone</i>	127	TROPHAMINE 10 %.....	40	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	119
TREANDA.....	14	TROPHAMINE 6%.....	40	VELPHORO.....	70
TRECTOR.....	130	<i>trosipium</i>	71	VEMLIDY.....	134
TRELEGY ELLIPTA.....	62	TRULICITY.....	21	VENCLEXTA.....	15
TRELSTAR.....	14	TRUMENBA.....	89	VENCLEXTA STARTING	
TREMFYA.....	85	TRUVADA.....	134	PACK.....	15
<i>treprostinil sodium</i>	98	TRUXIMA.....	15	<i>venlafaxine</i>	127
<i>tretinoin</i>	67	TUKYSA.....	15	<i>verapamil</i>	43, 44
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	14	<i>tulana</i>	119	VERSACLOZ.....	35
<i>tri femynor</i>	118	TURALIO.....	15	VERZENIO.....	15
<i>triamcinolone acetonide</i> 63, 65, 75		TWINRIX (PF).....	89	VIBERZI.....	70
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>		<i>tyblume</i>	119	VICTOZA.....	21
.....	48, 49	TYBOST.....	98	VIDEX 2 GRAM	
<i>trientine</i>	104	TYKERB.....	15	PEDIATRIC.....	134
<i>tri-estarylla</i>	118	TYMLOS.....	52	VIEKIRA PAK.....	135
<i>trifluoperazine</i>	35	TYPHIM VI.....	90	<i>vienna</i>	119
<i>trifluridine</i>	93	TYSABRI.....	85	<i>vigabatrin</i>	124
<i>trihexyphenidyl</i>	30	TYVASO.....	98	<i>vigadrone</i>	124
TRIKAFTA.....	59	UBRELVY.....	26	VIIBRYD.....	127
<i>tri-legest fe</i>	119	UCERIS.....	51	VIMIZIM.....	145

VIMPAT.....	124	XIFAXAN.....	107	<i>zoledronic acid</i>	52, 53
<i>vinorelbine</i>	15	XIGDUO XR.....	21, 22	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	53
<i>viorele (28)</i>	119	XIIDRA.....	95	ZOLINZA.....	17
VIRACEPT.....	134	XOFLUZA.....	136	<i>zolpidem</i>	53
VIREAD.....	134	XOLAIR.....	59	ZOMACTON.....	79
VISTOGARD.....	98	XOSPATA.....	16	<i>zonisamide</i>	124
VITRAKVI.....	15	XPOVIO.....	16	ZORBTIVE.....	79
VIZIMPRO.....	15	XTAMPZA ER.....	103	ZORTRESS.....	86
<i>volnea (28)</i>	119	XTANDI.....	16	ZOSTAVAX (PF).....	90
<i>voriconazole</i>	129	<i>xulane</i>	120	<i>zovia 1/35e (28)</i>	120
VOSEVI.....	135	XULTOPHY 100/3.6.....	24	ZTLIDO.....	104
VOTRIENT.....	16	XURIDEN.....	98	ZULRESSO.....	127
VPRIV.....	145	XYOSTED.....	73	<i>zumandimine (28)</i>	120
VRAYLAR.....	35	XYREM.....	53	ZYDELIG.....	17
VUMERITY.....	57	XYWAV.....	53	ZYKADIA.....	17
VYEPTI.....	26	YERVOY.....	16	ZYLET.....	94
<i>vyfemla (28)</i>	119	YF-VAX (PF).....	90	ZYPREXA RELPREVV..	35, 36
<i>vylibra</i>	119	YONDELIS.....	16	ZYTIGA.....	17
VYNDAMAX.....	45	YONSA.....	16		
VYNDAQEL.....	45	<i>yuvafem</i>	74		
VYXEOS.....	16	<i>zafirlukast</i>	61		
<i>warfarin</i>	141	<i>zaleplon</i>	53		
WELCHOL.....	47	<i>zarah</i>	120		
<i>vera (28)</i>	119	ZARXIO.....	143		
XADAGO.....	31	ZEJULA.....	16		
XALKORI.....	16	ZELBORAF.....	16		
XARELTO.....	141	<i>zenatane</i>	66		
XARELTO DVT-PE TREAT		ZENPEP.....	145		
30D START.....	141	ZEPATIER.....	135		
XATMEP.....	16	ZEPOSIA.....	57		
XCOPRI.....	124	ZEPOSIA STARTER KIT.....	57		
XCOPRI MAINTENANCE		ZEPOSIA STARTER PACK.....	57		
PACK.....	124	ZEPZELCA.....	16		
XCOPRI TITRATION		<i>zidovudine</i>	134		
PACK.....	124	ZIEXTENZO.....	143		
XELJANZ.....	85	<i>ziprasidone hcl</i>	35		
XELJANZ XR.....	86	<i>ziprasidone mesylate</i>	35		
XERMELO.....	70	ZIRABEV.....	16		
XGEVA.....	52	ZIRGAN.....	94		
XHANCE.....	95	ZOLADEX.....	17		

Este formulario se actualizó el 04/01/2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días a la semana, o visite denverhealthmedicalplan.org.