

# *Lista Estándar de Medicamentos Cubiertos*

Diciembre de 2024

## Inland Empire Health Plan

Esta Lista de Medicamentos Cubiertos se actualizó por última vez el 14 de noviembre de 2024. Esta Lista de Medicamentos Cubiertos está sujeta a cambios y todas las versiones anteriores de la Lista de Medicamentos Cubiertos ya no se aplican. Para obtener la información más actualizada sobre la Lista Estándar de Medicamentos Cubiertos, visite:  
<https://www.iehp.org/content/dam/iehp-org/en/documents/coveredcalifornia/Formulary.pdf>.

Planes IEHP Minimum Coverage HMO, IEHP Bronze 60 HMO, IEHP Silver 70 HMO, IEHP Silver 73 HMO, IEHP Silver 87 HMO, IEHP Silver 94 HMO, IEHP Gold 80 HMO, IEHP Platinum 90 HMO y AIAN.

## Tabla de Contenido

Sección Informativa .....	3
Definiciones .....	3
¿Cuál es el proceso para encontrar un medicamento en esta lista?.....	6
¿Cómo puedo saber si el medicamento de la lista es un medicamento de marca o genérico? .....	6
¿Qué son los niveles de medicamentos?.....	7
¿Con qué frecuencia se actualiza la lista de medicamentos cubiertos (formulary)?.....	8
¿Qué es un medicamento cubierto por el beneficio médico en comparación con un medicamento cubierto por el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios? .....	8
¿Qué son los medicamentos de atención médica preventiva? .....	9
¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo? .....	9
¿Qué medicamentos y productos para el cuidado de la diabetes están cubiertos de acuerdo con el Beneficio de los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios?.....	9
¿Qué pasa si mi medicamento requiere una autorización previa o terapia escalonada?.....	9
¿Qué pasa si mi medicamento no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos?.....	11
Farmacias de venta al menudeo participantes.....	11
¿Qué son los medicamentos de especialidad? .....	11
Medicamentos Orales contra el Cáncer .....	12
¿Qué medicamentos y productos para el cuidado de la diabetes están cubiertos por el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios? .....	12
¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo? .....	12
Farmacia con servicio de entrega por correo .....	12
Lista Categórica de Medicamentos Recetados .....	13
Índice de Medicamentos .....	523

## Sección Informativa

La *Lista Estándar de Medicamentos Cubiertos de IEHP* es una lista de medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) que se seleccionan en función de su seguridad, eficacia y costo. Esta lista de medicamentos genéricos y de marca está cubierta por su póliza de seguro médico de acuerdo con el beneficio de medicamentos recetados de la póliza.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos incluyen:

- Medicamentos aprobados por la FDA que requieren receta médica, ya sea de acuerdo con las leyes de California o las leyes federales.
- Insulina.
- Sistemas de administración por pluma para la administración de insulina, que sean médicamente necesarios.
- Suministros para pruebas de diabetes, incluidos estos:
  - Lancetas.
  - Dispositivos de punción para lancetas.
  - Tiras reactivas para análisis de sangre y orina.
  - Comprimidos de prueba.
- Medicamentos de venta libre o sin receta (*Over-The-Counter*) con una clasificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (*United States Preventive Services Task Force, "USPSTF"*).
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, incluidos estos:
  - Diafragmas.
  - Cubiertas cervicales.
  - Anillos anticonceptivos.
  - Parches anticonceptivos.
  - Anticonceptivos orales.
  - Anticonceptivos de emergencia.
  - Productos anticonceptivos de venta libre.
- Dispositivos desechables que sean *Medicamento Necesarios* para la administración de un medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios, como jeringas y espaciadores para inhaladores.

## Definiciones

El "Límite de Edad" (*Age Limit, AL*) limita el uso de medicamentos dependiendo de la edad.

Una "Apelación" es una solicitud escrita u oral presentada por un miembro o por alguien más en su nombre para reevaluar una determinación específica hecha por el plan o alguna de sus entidades delegadas (por ejemplo, los proveedores del plan).

"Medicamento de marca" es un medicamento que se comercializa bajo un nombre patentado y protegido por la marca registrada. El medicamento de marca debe aparecer con todas las letras en MAYÚSCULAS.

"Coseguro" es un porcentaje del costo de un beneficio de atención médica cubierto que un afiliado paga después de haber pagado el deducible si se aplica un deducible al beneficio de atención médica, como el beneficio de medicamentos recetados.

"Copago" es un monto fijo en dólares que un afiliado paga por un beneficio de atención médica cubierto después de haber pagado el deducible si se aplica un deducible al beneficio de atención médica, como el beneficio de medicamentos recetados.

"Deducible" es el monto que un afiliado paga por los beneficios de atención médica cubiertos antes de que el plan de salud del afiliado comience a pagar todo o parte del costo del beneficio de atención médica según los términos de la póliza.

"Nivel de Medicamentos" es un grupo de medicamentos recetados que corresponde a un nivel específico de costos compartidos de la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud. El nivel en el que se coloca un medicamento recetado determina la parte del costo del medicamento para el afiliado.

"Beneficios de salud esenciales" (*Essential Health Benefits, EHB*) es un conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico deben cubrir de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Estos incluyen servicios de médicos, atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios, cobertura de medicamentos recetados, embarazo y parto, servicios de salud mental y otros. Algunos planes cubren más servicios.

"Afiliado" es una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan. Todas las referencias a afiliados en esta plantilla de Lista de Medicamentos Cubiertos también incluirán a los suscriptores según se definen más adelante en esta sección.

La "Evidencia de Cobertura" (*Evidence Of Coverage, EOC*) es su guía sobre lo que está cubierto y lo que se excluye, cuánto pagará usted dependiendo de las circunstancias, cuáles serán sus costos compartidos y otra información sobre el uso de su cobertura.

"Solicitud de excepción" es una solicitud de cobertura de un medicamento recetado. Si un afiliado o la persona que este designe, o un proveedor de atención médica que emite la receta médica presenta una solicitud de excepción para la cobertura de un medicamento recetado, el plan de salud debe cubrir el medicamento recetado cuando se determine que el medicamento es médicamente necesario para tratar la afección del afiliado.

Las "Circunstancias apremiantes" se dan cuando un afiliado sufre una afección médica que puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del afiliado para recuperar la función máxima o cuando un afiliado está llevando un plan actual de tratamiento con un medicamento no incluido en la Lista de Medicamentos Cubiertos.

La "Administración de Alimentos y Medicamentos" (*Food and Drug Administration, FDA*) es responsable de proteger la salud pública garantizando la seguridad, eficacia y confiabilidad de los medicamentos humanos y veterinarios, los productos biológicos y los dispositivos médicos.

La "Lista de Medicamentos Cubiertos" es la lista completa de medicamentos preferidos para su uso y elegibles para tener cobertura de acuerdo con un plan de salud e incluye todos los medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios del plan de salud. La Lista de Medicamentos Cubiertos también se conoce como una lista de medicamentos recetados.

Un "Medicamento genérico" es el mismo medicamento que su equivalente de marca en cuanto a dosis, seguridad, concentración, cómo se toma, calidad, desempeño y uso previsto. Un medicamento genérico aparece en letras *minúsculas en negrita y en cursiva*.

"Queja formal" es una expresión escrita u oral de inconformidad con respecto al plan, un proveedor o una farmacia, incluidas las inquietudes sobre la calidad de la atención médica.

"Medicamento no incluido en la Lista de Medicamentos Cubiertos" es un medicamento recetado que no se encuentra en la Lista de Medicamentos Cubiertos del plan de salud.

Los "Gastos de su bolsillo" son los copagos, el coseguro y el deducible aplicable más todos los costos de los servicios de atención médica que no están cubiertos por el plan de salud.

El "Comité de Farmacia y Terapéutica" (*Pharmacy & Therapeutics, P&T*) es responsable de elaborar, manejar, actualizar y administrar la Lista de Medicamentos Cubiertos.

"Proveedor que emite la receta médica" es un proveedor de atención médica autorizado para emitir una receta médica destinada a tratar una afección médica para un afiliado del plan de salud.

"Receta médica" es una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas médicas para un afiliado específico, que contiene el nombre del medicamento recetado, la cantidad del medicamento recetado, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que emite la receta médica, la firma del proveedor que emite la receta médica si la receta es por escrito y si el afiliado lo solicita, la afección médica o el propósito para el cual se receta el medicamento.

"Medicamento recetado" es un medicamento recetado por el proveedor que emite la receta médica del afiliado y requiere una receta médica según la ley aplicable.

"Autorización Previa" (*Prior Authorization, PA*) es el requisito de un plan de salud que dice que el afiliado o el proveedor que emite la receta médica del afiliado obtenga la autorización del plan de salud para un medicamento recetado antes de que el plan de salud cubra el medicamento. El plan de salud otorgará una autorización previa cuando sea médicamente necesario que el afiliado obtenga el medicamento.

El "Límite de Cantidad" (*Quantity Limit, QL*) es un formulario de gestión de la utilización (*Utilization Management, UM*) que especifica los límites de cantidad o las restricciones sobre las recetas médicas a lo largo del tiempo. Los límites de cantidad pueden adoptar varias formas, siendo las más típicas las restricciones diarias y mensuales sobre la emisión o reemisión de la cantidad de una receta médica.

"Terapia Escalonada" (*Step Therapy, ST*) es un proceso que especifica la secuencia en la que se prescriben diferentes medicamentos recetados para una afección médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. El plan de salud puede pedir que el afiliado pruebe uno o más medicamentos para tratar la afección médica del afiliado antes de que el plan de salud cubra un medicamento en particular para la afección, de conformidad con una solicitud de terapia escalonada. Si el proveedor que emite la receta médica del afiliado presenta

una solicitud de excepción de terapia escalonada, los planes de salud harán excepciones a la terapia escalonada cuando se cumplan los criterios.

"Farmacia Especializada" es una farmacia que maneja medicamentos especializados, terapias farmacéuticas que son de alto costo, alta complejidad o altamente personalizadas.

"Suscriptor" se refiere a la persona que es responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, excepto por la dependencia familiar, es la base para la elegibilidad para ser miembro del plan.

El "USPSTF" es el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (*United States Preventive Services Task Force*).

"Gestión de utilización" (*Utilization Management, UM*) es un proceso que evalúa la eficiencia, idoneidad y necesidad médica de los tratamientos, servicios, procedimientos e instalaciones proporcionados a los pacientes caso por caso.

### **¿Cuál es el proceso para encontrar un medicamento en esta lista?**

Los medicamentos aparecen en orden alfabético bajo la columna titulada "Nombre del Medicamento Recetado" por su marca o nombre genérico bajo la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece. Esta Lista de Medicamentos Cubiertos utiliza el sistema mejorado de clasificación terapéutica de First DataBank.

Puede buscar en esta lista usando el nombre de marca o genérico del medicamento de las siguientes maneras:

- Buscando la categoría o clase a la que pertenece el medicamento y buscando el nombre del medicamento en orden alfabético, o
- Buscando en el Índice Alfabético de los Medicamentos por el nombre del medicamento.
- La inclusión de un medicamento en la Lista de Medicamentos Cubiertos no garantiza que su médico o profesional que emite la receta médica se lo recetará.

### **¿Cómo puedo saber si el medicamento de la lista es un medicamento de marca o genérico?**

Si existe un equivalente genérico para un medicamento de marca y tanto el de nombre de marca como los equivalentes genéricos están cubiertos, el medicamento genérico aparecerá por separado del medicamento de marca con todas las letras *minúsculas, y en negrita y cursiva*.

En el caso de que un medicamento genérico se comercialice bajo una marca patentada, protegida por marca registrada, el nombre de la marca aparecerá con todas las letras en MAYÚSCULAS después del nombre genérico entre paréntesis y tipo de letra regular con la primera letra de cada palabra en mayúscula.

Un medicamento de marca aparece con todas las letras en MAYÚSCULAS seguido del nombre genérico entre paréntesis con todas las letras *minúsculas en negrita y cursiva*.

**Ejemplo:** ANTICOAGULANTES HEPARINAS Y AGENTES SIMILARES A LOS HEPARINOIDES

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b><i>enoxaparina inyectable</i></b> 100 MG/ML, 120 MG/0.8 ML, 150 MG/ML, 300 MG/3 ML, 30 MG/0.3 ML, 40 MG/0.4 ML, 60 MG/0.6 ML, 80 MG/0.8 ML	1	QL= suministro para 17 días
FRAGMIN INYECTABLE 10000 UNIDADES/ML, 12500 UNIDADES/0.5 ML, 15000 UNIDADES/0.6 ML, 18000 UNIDADES/0.72 ML, 2500 UNIDADES/0.2 ML, 5000 UNIDADES/0.2 ML, 7500 UNIDADES/0.3 ML, 9500 UNIDADES/3.8 ML ( <i>dalteparina sódica</i> )	3	

Del ejemplo anterior:

Medicamento Genérico:

- *enoxaparina inyectable*

Medicamento de Marca:

- FRAGMIN INYECTABLE (*dalteparina sódica*)

### ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los medicamentos se colocan en niveles de medicamentos con base en categorías definidas. El monto que usted paga por los medicamentos de diferentes niveles variará. Puede encontrar información en relación con lo que paga por nivel de medicamento en el *Resumen de Beneficios* de la *Evidencia de Cobertura* (EOC) de IEHP.

La columna titulada "Nivel de medicamentos" es el nivel de costo que paga por un medicamento.

Nivel de Medicamentos	Descripción
1	La mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo
2	Medicamentos genéricos no preferidos, medicamentos de marca preferidos o medicamentos recomendados por el Comité de P&T con base en la seguridad, la eficacia y el costo de los medicamentos
3	Medicamentos de marca no preferidos; medicamentos recomendados por el Comité de P&T con base en su seguridad, eficacia y costo, o medicamentos que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y frecuentemente menos costosa de un nivel inferior
4	Medicamentos que la FDA o el fabricante del medicamento exige que sean distribuidos por farmacias especializadas; medicamentos que requieren capacitación o control clínico para su autoadministración, o medicamentos con un costo del plan (después de reembolsos) superior a \$600 por un suministro para un mes

Los medicamentos para atención médica preventiva, incluidos medicamentos y dispositivos anticonceptivos, están cubiertos sin ningún costo (\$0) para usted cuando se cumplen criterios específicos.

### **¿Con qué frecuencia se actualiza la lista de medicamentos cubiertos (formulary)?**

Esta Lista de Medicamentos Cubiertos se actualiza mensualmente y los cambios se aplican a partir del primer día del mes. La Lista de Medicamentos Cubiertos puede cambiar cuando se dispone de un nuevo medicamento, un nuevo medicamento genérico o una nueva formulación durante el año. Los cambios en la Lista de Medicamentos Cubiertos pueden dar lugar a cambios en su receta médica, como cambios en la marca dispensada, nivel de costos compartidos o restricciones que rigen el uso.

El plan proporcionará un aviso por escrito sesenta (60) días antes de un cambio en la Lista de Medicamentos Cubiertos a los miembros que resulten afectados negativamente. El aviso incluirá la fecha en la que el miembro se verá afectado por el cambio. Algunos ejemplos de cambios en la Lista de Medicamentos Cubiertos que darán lugar a un aviso al miembro incluyen, entre otros:

- Un medicamento o forma de dosificación se mueve a un nivel de medicamentos más alto, lo cual da lugar a un aumento en los costos compartidos.
- Un medicamento o forma de dosificación se elimina de la Lista de Medicamentos Cubiertos.
- Se agregan o cambian los requisitos o límites de cobertura de medicamentos para un medicamento.

Los cambios a la Lista de Medicamentos Cubiertos que pueden ocurrir sin previo aviso por escrito al miembro incluyen:

- Un medicamento se retira de la Lista de Medicamentos Cubiertos porque es retirado del mercado por el fabricante del medicamento o por la FDA.
- Se agrega un medicamento a la Lista de Medicamentos Cubiertos.
- Un medicamento se mueve a un Nivel de Medicamento inferior.
- Se elimina un requisito o límite de cobertura de medicamentos de un medicamento.
- Se agrega un medicamento genérico a la Lista de Medicamentos Cubiertos y el medicamento de marca se mueve a un nivel de medicamentos superior o se elimina de la Lista de Medicamentos Cubiertos.

Los miembros actuales y potenciales pueden acceder a la Lista de Medicamentos Cubiertos. Para ver la Lista de Medicamentos Cubiertos más reciente, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

### **¿Qué es un medicamento cubierto por el beneficio médico en comparación con un medicamento cubierto por el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios?**

Un medicamento de beneficio médico es un medicamento que generalmente es administrado por un profesional de la atención médica y es parte de una visita en el consultorio del médico.

Un medicamento cubierto por el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios son medicamentos autoadministrados aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos para su venta al público a través de farmacias de venta al menudeo o farmacias con servicio de entrega por correo que requieren receta médica y no se proporcionan para su uso en pacientes hospitalizados.



Para obtener información adicional, consulte la *Evidencia de Cobertura* de IEHP o llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm.

### **¿Qué son los medicamentos de atención médica preventiva?**

Los medicamentos de atención médica preventiva son medicamentos seleccionados que la legislación de la reforma del sector salud exige que estén cubiertos sin cobrarle al miembro un copago, coseguro o deducible. Los medicamentos de atención médica preventiva se determinan en función de las recomendaciones basadas en evidencia que tienen en vigor una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (*USPSTF*), actualizadas periódicamente. Las recomendaciones de vacunación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros federales para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) también son medicamentos de atención médica preventiva. Para obtener más detalles sobre los medicamentos de atención médica preventiva, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

### **¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo?**

Los anticonceptivos son medicamentos o dispositivos, como diafragmas o capuchones cervicales, que ayudan a prevenir el embarazo.

Los anticonceptivos, dispositivos y otros productos aprobados por la FDA, incluidos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA, están cubiertos sin costo alguno para el asegurado. Los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA se pueden proporcionar en una farmacia de la red sin costo alguno para el asegurado. La cobertura también incluye un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados, aprobados por la FDA, que se proporcionan al mismo tiempo.

### **¿Qué medicamentos y productos para el cuidado de la diabetes están cubiertos de acuerdo con el Beneficio de los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios?**

Los medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de la diabetes están incluidos en la Lista de Medicamentos Cubiertos. Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas de azúcar en la sangre, tiras reactivas de orina, lancetas, jeringas o plumas de insulina cubiertas por el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios también se incluyen en la Lista de Medicamentos Cubiertos.

### **¿Qué pasa si mi medicamento requiere una autorización previa o terapia escalonada?**

Si se había aprobado previamente la cobertura de un medicamento para el tratamiento de la afección médica de un miembro, y el proveedor del miembro continúa recetando el medicamento para la afección médica, siempre que el medicamento se recete adecuadamente y sea una terapia segura y efectiva, el medicamento continuará estando cubierto. Esto no impide a su profesional que emite la receta médica recetarle el medicamento alternativo de la Lista de Medicamentos Cubiertos.

El proceso de autorización previa (PA) se utiliza para garantizar que los beneficios de medicamentos se apliquen según lo previsto y que los miembros del plan reciban la terapia de medicamentos más adecuada, segura y económica. La solicitud de autorización previa de su médico se evaluará una vez recibida la información presentada y se tomará una determinación

basada en los criterios clínicos establecidos para el medicamento específico. Los criterios utilizados para la autorización previa son establecidos por el Comité de Farmacia y Terapéutica. Su médico puede ponerse en contacto con nosotros para obtener la póliza. Antes de que pueda aprobarse el pago de los medicamentos que requieren autorización previa, deben cumplirse las condiciones para la aprobación y la autorización previa debe introducirse en el sistema. IEHP responderá al médico y/o al farmacéutico en un plazo de 24 horas para las solicitudes de circunstancias urgentes o de 72 horas para las solicitudes estándar después de obtener la información médica solicitada. Existen circunstancias apremiantes cuando una afección médica puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima o cuando se está sometido a un plan de tratamiento. Una vez que se aprueba un medicamento, su autorización será válida de inmediato. Puede obtener una lista de medicamentos que requieren Autorización Previa. Visite nuestro sitio web [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

La Autorización Previa es necesaria para la mayoría de los medicamentos de marca con equivalentes genéricos para determinar la necesidad médica. IEHP cubrirá los medicamentos de marca que tengan equivalentes genéricos si se aprueba la solicitud de PA.

Algunos medicamentos tienen una regla especial llamada terapia escalonada. Esto significa que primero debe probar otro medicamento de la Lista de Medicamentos Cubiertos antes de que se cubra el medicamento recetado. Si su médico u otro profesional que emite la receta médica considera que el primer medicamento no le funciona, se puede solicitar una excepción a la regla de terapia escalonada.

La terapia escalonada es el proceso de iniciar la terapia para una afección médica con medicamentos considerados de primera línea de tratamiento o que son más económicos, para luego pasar a medicamentos que son la siguiente línea en el tratamiento o que pueden ser menos accesibles. Los requisitos de la terapia escalonada se basan en la forma en la que la FDA recomienda que se use un medicamento, las directrices de tratamiento reconocidas a nivel nacional, los estudios médicos y el costo relativo. Si no se cumplen los requisitos de cobertura de la terapia escalonada para una receta y su médico o proveedor de atención médica considera que el medicamento es medicamento necesario, podrá utilizarse el proceso de autorización previa y también se aplicarán los plazos antes descritos.

Las solicitudes de excepciones de autorización previa, medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos Cubiertos, límite de cantidad o terapia escalonada pueden presentarse electrónicamente, por teléfono o por fax. Una solicitud de autorización previa representa circunstancias apremiantes cuando un miembro padece una afección médica que puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del miembro para recuperar la función máxima. Las solicitudes de autorización por circunstancias urgentes hechas por los médicos se procesan y se notifica la determinación de IEHP a los proveedores que emiten la receta médica tan pronto como usted pueda, sin exceder las 24 horas, después de recibir la solicitud y cualquier información adicional solicitada por IEHP que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación.

Las solicitudes de rutina hechas por los médicos se procesan y se notifica la determinación de IEHP a los proveedores que emiten la receta médica oportunamente, sin exceder las 72 horas. Tanto para las solicitudes de circunstancias urgentes como para las de rutina, IEHP también debe notificar su decisión al miembro o a la persona que este designe.

Si se le niega la autorización previa, consulte la sección "Quejas y Apelaciones" de la *Evidencia de Cobertura* de IEHP o llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm.

### **¿Qué pasa si mi medicamento no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos?**

A veces, los médicos pueden recetar un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos Cubiertos. Esto requerirá que el médico obtenga la autorización de IEHP para que usted pueda surtir la receta. Para solicitar una excepción de la Lista de Medicamentos Cubiertos, usted, su representante autorizado o su proveedor que emite la receta médica debe seguir el proceso de solicitud de autorización previa antes descrito. Para decidir si se cubrirá el medicamento que no está en la Lista de Medicamentos Cubiertos, IEHP puede pedirle al médico una "declaración de apoyo", que explique por qué el medicamento que usted solicita es médicamente necesario. Una vez que se haya recibido toda la información de respaldo requerida, la solicitud de excepción de la Lista de Medicamentos Cubiertos será aprobada o denegada según la necesidad médica en un plazo de 72 horas para solicitudes no urgentes, o en un plazo de 24 horas en circunstancias urgentes. IEHP le notificará a usted o a su representante autorizado y a su proveedor que emite la receta médica su determinación de cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de una solicitud basada en circunstancias urgentes y dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de todas las demás solicitudes. Existen circunstancias apremiantes cuando una afección médica puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima, o cuando se está sometido a un plan de tratamiento con un fármaco que no se encuentra en la Lista de Medicamentos Cubiertos. IEHP brindará cobertura de conformidad con una solicitud no urgente el tiempo que dure la receta médica, incluidos los reabastecimientos, y brindará cobertura, incluidos los reabastecimientos, de conformidad con una solicitud basada en circunstancias apremiantes el tiempo que dure la urgencia. Si el plan deniega una solicitud de excepción de la Lista de Medicamentos Cubiertos, el miembro, un representante autorizado o el proveedor puede presentar una apelación ante el plan.

Algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, su médico u otros profesionales que recetan medicamentos tendrán que llevar a cabo alguna acción antes de que usted pueda surtir la receta. Por ejemplo, aprobación previa (o autorización previa): para algunos medicamentos, su médico u otro profesional que emita la receta médica debe obtener una aprobación de IEHP antes de que usted pueda surtir su receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que IEHP no cubra el medicamento. Si se le niega la autorización previa, consulte la sección "Quejas y Apelaciones" de la *Evidencia de Cobertura* de IEHP o llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm.

### **Farmacias de venta al menudeo participantes**

Puede surtir recetas médicas en cualquier farmacia (de la red) participante a menos que sea una receta médica para un medicamento especializado. IEHP tiene contratos con una amplia red de farmacias de venta al menudeo. Para encontrar una farmacia de la red, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

### **¿Qué son los medicamentos de especialidad?**

Los medicamentos de especialidad son medicamentos que pueden requerir coordinación de la atención, una supervisión rigurosa o capacitación exhaustiva del paciente para su

autoadministración. Por lo general, una farmacia de venta al menudeo no puede cumplir estos requisitos. Los medicamentos de especialidad también pueden requerir procesos de manipulación o fabricación especiales (como la biotecnología), restricciones a ciertos médicos o farmacias, o reporte de ciertos eventos clínicos a la FDA. Los medicamentos de especialidad suelen tener un costo elevado.

Los medicamentos de especialidad pueden requerir la autorización previa de IEHP por necesidad médica. La mayoría de los medicamentos de especialidad están disponibles exclusivamente en una farmacia especializada de la red de servicios. Si se aprueba la cobertura, una farmacia especializada de la red de servicios puede proporcionar medicamentos de especialidad por correo o, si usted lo solicita, puede transferir el medicamento de especialidad a una tienda de venta al menudeo asociada para que usted lo recoja. Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm, o visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org) si tiene preguntas sobre medicamentos de especialidad.

### **Medicamentos Orales contra el Cáncer**

El costo compartido del miembro por los medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por el plan no excederá los \$250 por una receta médica individual de un suministro hasta para treinta (30) días.

Las personas cuyo proveedor de atención médica tratante determina que tienen un mayor riesgo de contraer VIH están cubiertas por IEHP sin costos compartidos.

### **¿Qué medicamentos y productos para el cuidado de la diabetes están cubiertos por el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios?**

La Lista de Medicamentos Cubiertos incluye medicamentos para la diabetes aprobados por la FDA. Además de las tiras reactivas de glucosa en la sangre, tiras reactivas de orina, lancetas y jeringas/plumas de insulina, la Lista de Medicamentos Cubiertos también incluye suministros para pruebas de diabetes.

### **¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo?**

Los anticonceptivos son medicamentos o dispositivos, como diafragmas o capuchones cervicales, que ayudan a prevenir el embarazo. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos sin cargo alguno para el asegurado.

### **Farmacia con servicio de entrega por correo**

IEHP ofrece un Programa de Medicamentos Recetados con Servicio de Entrega por Correo fácil de usar a través de nuestra farmacia con servicio de entrega por correo contratada. Puede ahorrar tiempo y dinero utilizando el Programa de Medicamentos Recetados con Servicio de Entrega por Correo. Puede ser una forma práctica de surtir medicamentos de mantenimiento para un suministro de hasta 90 días. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que los médicos recetan de forma continua y regular para mantener la salud. Para obtener más información sobre el uso del beneficio de recetas médicas de servicio por correo, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

## Lista Categórica de Medicamentos Recetados

Terapia Alternativa - Vitaminas y Minerales .....	15
Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos .....	15
Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre .....	15
Anestésicos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre .....	38
Preparaciones Anorrectales - Preparaciones Rectales .....	39
Antídotos y otros Agentes de Reversión - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación .....	40
Agentes Antiinfecciosos .....	43
Agentes Antiinfecciosos - Medicamentos para Infección .....	43
Antineoplásicos .....	66
Antineoplásicos - Medicamentos para el Cáncer .....	67
Antisépticos y Desinfectantes - Antisépticos y Desinfectantes .....	97
Biológicos .....	99
Biológicos - Agentes Biológicos .....	100
Agentes de Terapia Cardiovascular .....	122
Agentes de Terapia Cardiovascular - Medicamentos para el Corazón .....	122
Agentes del Sistema Nervioso Central .....	146
Agentes del Sistema Nervioso Central - Medicamentos para el Sistema Nervioso .....	146
Dependencia Química, Agentes para Tratar – Medicamentos para Tratar la Adicción .....	189
Coadyuvantes Químicos-Farmacéuticos .....	193
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos .....	193
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Medicamentos para el Sistema Nervioso .....	194
Anticonceptivos - Medicamentos para el Cuidado Femenino .....	195
Dermatológico .....	213
Dermatológico - Medicamentos para la Piel .....	213
Agentes de Diagnóstico .....	247
Medicamentos para Tratar la Disfunción Eréctil - Medicamentos para el Sistema Urinario .....	252
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales .....	253
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales - Medicamentos Nutricionales .....	253
Endocrino .....	262
Endocrino - Hormonas .....	263

<b>Enzimas - Vitaminas y Minerales .....</b>	<b>292</b>
<b>Agentes de Terapia Gastrointestinal .....</b>	<b>292</b>
<b>Agentes de Terapia Gastrointestinal - Medicamentos para el Estómago.....</b>	<b>293</b>
<b>Terapia Genitourinaria - Medicamentos para el Sistema Urinario.....</b>	<b>311</b>
<b>Terapia para la Gota e Hiperuricemia - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre .....</b>	<b>318</b>
<b>Agentes Hematológicos .....</b>	<b>319</b>
<b>Agentes Hematológicos - Medicamentos para la Sangre .....</b>	<b>320</b>
<b>Agentes del Tratamiento del Sistema Hepatobiliar.....</b>	<b>339</b>
<b>Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado .....</b>	<b>340</b>
<b>Agentes Inmunosupresores - Medicamentos para Trasplantes de Órganos .....</b>	<b>340</b>
<b>Aparato Locomotor.....</b>	<b>343</b>
<b>Aparato Locomotor - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos.....</b>	<b>343</b>
<b>Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero (DME) - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero .....</b>	<b>348</b>
<b>Suministro Médico, FDB Superset .....</b>	<b>409</b>
<b>Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas.....</b>	<b>469</b>
<b>Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas .....</b>	<b>469</b>
<b>Modificadores Metabólicos .....</b>	<b>472</b>
<b>Modificadores Metabólicos - Fármacos que Alteran el Metabolismo.....</b>	<b>472</b>
<b>Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Medicamentos para la Boca y Garganta .....</b>	<b>475</b>
<b>Agentes de Esclerosis Múltiple - Medicamentos para el Sistema Nervioso.....</b>	<b>478</b>
<b>Agentes Oftálmicos .....</b>	<b>482</b>
<b>Agentes Oftálmicos - Medicamentos para los Ojos .....</b>	<b>482</b>
<b>Soluciones para la Preservación de Órganos.....</b>	<b>499</b>
<b>Soluciones para la Preservación de Órganos - Medicamentos para el Corazón .....</b>	<b>499</b>
<b>Ótico (Oído) - Medicamentos para el Oído .....</b>	<b>502</b>
<b>Agentes de Terapia Respiratoria .....</b>	<b>503</b>
<b>Agentes de Terapia Respiratoria - Medicamentos para los Pulmones .....</b>	<b>503</b>
<b>Productos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino.....</b>	<b>519</b>
<b>Agentes para Aumentar o Perder Peso.....</b>	<b>520</b>
<b>Agentes para Aumentar o Perder Peso – Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación.....</b>	<b>520</b>

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Terapia Alternativa - Vitaminas y Minerales</b>		
<b>Terapia alternativa - Sin Clasificar - Vitaminas y Minerales</b>		
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID ( <i>flaxseed</i> )	Nivel 3	
<b>Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos</b>		
<b>Analgésico - Antagonistas de Opioides</b>		
LOTREXONE ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG ( <i>naltrexone hcl</i> )	Nivel 3	
NALTREX ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG ( <i>naltrexone hcl</i> )	Nivel 3	
<b>Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre</b>		
<b>Analgésico - Bloqueadores de los Canales de Calcio de Tipo Neuronal (N) (NCCB) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
PRIALT INTRATHECAL SOLUTION 100 MCG/ML, 25 MCG/ML ( <i>ziconotide acetate</i> )	Nivel 4	
<b>Agonistas Analgésicos Opioides - Antipruriginoso - Artritis y Analgésicos</b>		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION 50 MCG/ML ( <i>difelikefalin acetate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agonistas Analgésicos Opioides - Artritis y Analgésicos</b>		
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día);Edad (Mín 12 Años)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
DEMEROL (PF) INJECTION SYRINGE 100 MG/ML, 25 MG/ML, 50 MG/ML, 75 MG/ML ( <i>meperidine hcl/pf</i> )	Nivel 3	
DILAUDID (PF) INJECTION SYRINGE 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML ( <i>hydromorphone hcl/pf</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl intravenous pt controlled analgesia syring 1,000 mcg/50 ml (20 mcg/ml), 500 mcg/50 ml (10 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Nivel 1	PA
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Nivel 1	PA; ST
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour, 87.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	PA; ST
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet,oral only,ext.rel.24 hr 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syring 30 mg/30 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	PA; ST
<i>hydromorphone rectal suppository 3 mg</i>	Nivel 1	
<b>HYSINGLA ER ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.24 HR 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 80 MG (<i>hydrocodone bitartrate</i>)</b>	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION 50 MCG/ML ( <i>difelikefalin acetate</i> )	Nivel 4	PA
<i>levorphanol tartrate oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>meperidine (pf) injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>meperidine (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>meperidine oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día)
<i>meperidine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML por 1 día)
<i>methadone hcl</i> (Methadone Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ML)	Nivel 1	QL (4 ML por 1 día)
<i>methadone oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML por 1 día)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 1 día)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (40 ML por 1 día)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>methadone hcl</i> (Methadose Oral Tablet, Soluble 40 Mg)	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous pt controlled analgesia syring 275 mg/55 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>morphine oral capsule, extend. release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral tablet 30 mg</i>	Nivel 2	
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>morphine rectal suppository 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG, 250 MG, 50 MG ( <i>tapentadol hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 75 MG ( <i>tapentadol hcl</i> )	Nivel 3	QL (6 EA por 1 día)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet, oral only 15 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG ( <i>oxycodone hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 80 MG ( <i>oxycodone hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (4 EA por 1 día)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
ROXYBOND ORAL TABLET, ORAL ONLY 15 MG, 30 MG, 5 MG ( <i>oxycodone hcl</i> )	Nivel 3	
<i>tramadol oral solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG ( <i>oxycodone myristate</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG ( <i>oxycodone myristate</i> )	Nivel 3	ST; QL (4 EA por 1 día)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG ( <i>oxycodone myristate</i> )	Nivel 3	ST; QL (8 EA por 1 día)
<b>Combinaciones de Analgésicos Opioides con Codeína - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (150 ML por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	Nivel 1	Edad (Mín 12 Años)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine</i> (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<b>Combinaciones de Analgésicos Opioides Hidrocodona y No Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>benzhydrocodone-acetaminophen oral tablet 4.08-325 mg, 6.12-325 mg, 8.16-325 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (12 EA por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<b>Combinaciones de Analgésicos Opioides Hidrocodona y AINE - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Analgésicos Opioides con Hidrocodona - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Opioides Analgésicos Oxycodona y No Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML por 1 día)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<b>Combinaciones de Analgésicos Opioides Oxycodona - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML por 1 día)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<b>Agonistas Analgésicos Opioides Parcialmente Mixtos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 28 días)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Analgésicos Tramadol Opiáceo y No Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 1 día); Age (Mín 12 Años)
<b>Combinaciones de Analgésicos Tramadol Opiáceo - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 1 día); Age (Mín 12 Años)
<b>Combinaciones de Analgésicos o Antipiréticos No Opioides/Sedantes - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (6 EA por 1 día)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i> (Fioricet Oral Capsule 50-300-40 Mg)	Nivel 1	
<i>butalbital/acetaminophen</i> (Tencon Oral Tablet 50-325 Mg)	Nivel 1	
<b>Antiinflamatorios - Inhibidores del Receptor del Complemento (C5) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG ( <i>avacopan</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antiinflamatorios - Bloqueadores Beta de Interleucina-1 - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML ( <i>canakinumab/pf</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antiinflamatorio - Antagonista del Receptor de Interleucina-1 - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG ( <i>rilonacept</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Antiinflamatorios, No Selectivos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Antiinflamatorio, TNF-alfa Sel - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</b>	Nivel 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML ( <b>adalimumab-atto</b> )	Nivel 4	PA
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <b>adalimumab-atto</b> )	Nivel 4	PA
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <b>infliximab-axxq</b> )	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) ( <b>certolizumab pegol</b> )	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) ( <b>certolizumab pegol</b> )	Nivel 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML, 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) ( <b>certolizumab pegol</b> )	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <b>adalimumab-adbm</b> )	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <b>adalimumab-adbm</b> )	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <b>adalimumab-adbm</b> )	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <b>adalimumab-adbm</b> )	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>infliximab-dyyb</i> )	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>infliximab-abda</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab-ryvk</i> )	Nivel 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML ( <i>infliximab-dyyb</i> )	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML ( <i>infliximab-dyyb</i> )	Nivel 4	PA
<b>FAME (DMARD) - Agentes Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Antiinflamatorios - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-atto</i> )	Nivel 4	PA
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-atto</i> )	Nivel 4	PA
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>infliximab-axxq</i> )	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) ( <i>certolizumab pegol</i> )	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) ( <i>certolizumab pegol</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML, 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) <b>(certolizumab pegol)</b>	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML <b>(adalimumab-adbm)</b>	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML <b>(adalimumab-adbm)</b>	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML <b>(adalimumab-adbm)</b>	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML <b>(adalimumab-adbm)</b>	Nivel 4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) <b>(etanercept)</b>	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML <b>(etanercept)</b>	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) <b>(etanercept)</b>	Nivel 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) <b>(etanercept)</b>	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML <b>(adalimumab)</b>	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML <b>(adalimumab)</b>	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML <b>(adalimumab)</b>	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML <b>(adalimumab)</b>	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>infliximab-dyyb</i> )	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>infliximab-abda</i> )	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab-ryvk</i> )	Nivel 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>FAME (DMARD) - Antipalúdicos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG ( <i>hydroxychloroquine sulfate</i> )	Nivel 2	QL (100 EA por 30 días)
<b>FAME (DMARD) - Antimetabolitos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML ( <i>methotrexate</i> )	Nivel 3	PA; OCH
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	OCH
OTREXUP (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4 ML, 12.5 MG/0.4 ML, 15 MG/0.4 ML, 17.5 MG/0.4 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.4 ML, 25 MG/0.4 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 2	QL (1.6 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (0.8 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (1.2 ML por 28 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (1.4 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (1.6 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (1.8 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (2.4 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML ( <i>methotrexate/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (0.6 ML por 28 días)
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG ( <i>methotrexate sodium</i> )	Nivel 2	OCH
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML ( <i>methotrexate</i> )	Nivel 3	ST; OCH; QL (120 ML por 60 días)
<b>FAME (DMARD) - Antiinflamatorios, Selecto. Modulador de Coestimulación, Inhibidor de Células T. - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG ( <i>abatacept/maltose</i> )	Nivel 4	PA
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML ( <i>abatacept</i> )	Nivel 4	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML ( <i>abatacept</i> )	Nivel 4	PA
<b>FAME (DMARD) - Agentes Dirigidos a Células B - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>rituximab-arrx</i> )	Nivel 4	PA
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML ( <i>rituximab</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>rituximab-pvvr</i> )	Nivel 4	PA
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>rituximab-abbs</i> )	Nivel 4	PA
<b>FAME (DMARD) - Compuestos de Oro - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG ( <i>auranofin</i> )	Nivel 3	
<b>FAME (DMARD) - Inmunosupresores - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine, modified</i> (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
<i>cyclosporine, modified</i> (Gengraf Oral Solution 100 Mg/MI)	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG ( <i>cyclosporine, modified</i> )	Nivel 1	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML ( <i>cyclosporine, modified</i> )	Nivel 1	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG ( <i>cyclosporine</i> )	Nivel 1	
<b>FAME (DMARD) - Antagonista del Receptor de Interleucina-1 (IL-1Ra) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML ( <i>anakinra</i> )	Nivel 4	PA
<b>FAME (DMARD) - Inhibidores del Receptor de Interleucina-6 (IL-6), Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML ( <i>tocilizumab</i> )	Nivel 4	PA
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML) ( <i>tocilizumab</i> )	Nivel 4	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML ( <i>tocilizumab</i> )	Nivel 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML ( <i>sarilumab</i> )	Nivel 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML ( <i>sarilumab</i> )	Nivel 4	PA
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML ( <i>tocilizumab-aazg</i> )	Nivel 4	PA
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML) ( <i>tocilizumab-aazg</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML ( <i>tocilizumab-aazg</i> )	Nivel 4	PA
<b>FAME (DMARD) - Inhibidores de Janus Kinasa (JAK) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG ( <i>baricitinib</i> )	Nivel 4	PA
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML ( <i>upadacitinib</i> )	Nivel 4	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG ( <i>upadacitinib</i> )	Nivel 4	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML ( <i>tofacitinib citrate</i> )	Nivel 4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG ( <i>tofacitinib citrate</i> )	Nivel 4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG ( <i>tofacitinib citrate</i> )	Nivel 4	PA
<b>FAME (DMARD) - Otro - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG ( <i>penicillamine</i> )	Nivel 4	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG ( <i>penicillamine</i> )	Nivel 4	PA
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>FAME (DMARD) - Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 (PDE4) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG ( <i>apremilast</i> )	Nivel 4	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) ( <i>apremilast</i> )	Nivel 4	PA
<b>FAME (DMARD) - Inhibidores de la Síntesis de Pirimidina - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inmunomodulador - Inhibidor de Rho Kinase - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG ( <i>belumosudil mesylate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inmunomodulador Estimulador de Linfocitos B (BLyS) Inhibidor Específico MCAB - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG ( <i>belimumab</i> )	Nivel 4	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML ( <i>belimumab</i> )	Nivel 4	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML ( <i>belimumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Combinaciones de Analgésicos AINE (NSAID) y Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Nivel 1	
<b>Analgésicos AINE (NSAID), Inhibidores Selectivos de la Ciclooxygenasa-2 (COX-2) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Antranílico - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>meclofenamate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Otros - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA por 5 días)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
TORONOVA II SUIK KIT 30 MG/ML ( <i>ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i> )	Nivel 3	
TORONOVA SUIK KIT 30 MG/ML ( <i>ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i> )	Nivel 3	
<b>Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados de Oxicam - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>meloxicam oral suspension 7.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<b>Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Fenilacético - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<b>Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Propiónico - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
EC-NAPROXEN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG ( <i>naproxen</i> )	Nivel 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen</i> (Ibu Oral Tablet 400 Mg, 600 Mg, 800 Mg)	Nivel 1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen</i> (Kiprofen Oral Capsule 25 Mg)	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<b>Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Indol Acético - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Analgésicos y Sedantes con Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Analgésicos con Alicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
<i>choline,magnesium salicylate oral liquid 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<b>Analgésicos de Salicilato - Medicamentos para la Artritis y el Dolor</b>		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
<b>Anestésicos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre</b>		
<b>Anestésico, Combinaciones No Parenterales de Benzodiazepinas y Antieméticos - Medicamentos para Sedación</b>		
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN) SUBLINGUAL TROCHE 3-25-2 MG ( <i>midazolam/ketamine hcl/ondansetron hcl</i> )	Nivel 1	
<b>Anestésico General - Inhalante Volátil - Medicamentos para Sedación</b>		
<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Nivel 1	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid</i>	Nivel 1	
<i>isoflurane</i> (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Nivel 1	
<b>Anestésico General - Parenteral, Benzodiazepinas - Medicamentos para Sedación</b>		
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Complementos Anestésicos Generales - Opioides - Medicamentos para Sedación</b>		
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgésia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
<b>Anestésico Local - Amidas - Medicamentos para Sedación</b>		
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM por 30 días)
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) ( <i>bupivacaine hcl/pf/norflurane/pentafluoropropane (hfc 245fa)</i> )	Nivel 3	
<b>Preparaciones Anorrectales - Preparaciones Rectales</b>		
<b>Agentes para el Tratamiento/el Dolor de la Fisura Anal - Nitratos - Preparaciones Rectales</b>		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Nivel 1	
<b>Anorrectal - Glucocorticoides - Preparaciones Rectales</b>		
ANUCORT-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG ( <i>hydrocortisone acetate</i> )	Nivel 1	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
PROCTO-PAK TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 1 % ( <i>hydrocortisone</i> )	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
<b>Anorrectal - Combinación de Anestésico Local con Glucocorticoides Rectales Hemorroidales - Preparaciones Rectales</b>		
ANA-LEX KIT RECTAL KIT 2-2 % ( <i>hydrocortisone acetate/lidocaine hcl/aloe vera</i> )	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal kit 3-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % ( <i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> )	Nivel 3	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % ( <i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> )	Nivel 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % ( <i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl/skin cleanser no. 16</i> )	Nivel 3	
<b>Antídotos y otros Agentes de Reversión - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
<b>Antídoto - Envenenamiento por Acetaminofén - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	
<b>Antídoto - Agente Reactivador de Colinesterasa - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
<i>pralidoxime intramuscular pen injector 600 mg/2 ml</i>	Nivel 3	
<b>Antídoto - Agente Reactivador de Colinesterasa y Antagonista Muscarínico - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
DUODOTE INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 600-2.1 MG/2ML-MG/0.7ML ( <i>pralidoxime chloride/atropine sulfate</i> )	Nivel 3	
<b>Antídoto - Envenenamiento por Cianuro - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antídoto - Agentes Radiactivos - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM ( <i>prussian blue (insoluble)</i> )	Nivel 3	
<b>Antídoto Otros - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
GALZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC) ( <i>zinc acetate</i> )	Nivel 3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM ( <i>prussian blue (insoluble)</i> )	Nivel 3	
WILZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC) ( <i>zinc acetate</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes Quelantes - Cobre - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG ( <i>penicillamine</i> )	Nivel 4	PA
CUVRIOR ORAL TABLET 300 MG ( <i>trientine tetrahydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG ( <i>penicillamine</i> )	Nivel 4	PA
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Agentes Quelantes - Hierro - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML ( <i>deferiprone</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Quelantes - Envenenamiento por Plomo - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>succimer</i> )	Nivel 3	
<b>Antagonistas de los Receptores Opioides Mu, de Acción Periférica - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
<i>alvimopan oral capsule 12 mg</i>	Nivel 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG ( <i>naloxegol oxalate</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG ( <i>methylnaltrexone bromide</i> )	Nivel 3	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML ( <i>methylnaltrexone bromide</i> )	Nivel 3	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML ( <i>methylnaltrexone bromide</i> )	Nivel 3	PA
SYMPROIC ORAL TABLET 0.2 MG ( <i>naldemedine tosylate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Agentes de Reversión de Opioides - Antagonistas de Opioides - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación</b>		
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION ( <i>naloxone hcl</i> )	Nivel 2	QL (4 EA por 30 días)
<i>naloxone injection auto-injector 10 mg/0.4 ml</i>	Nivel 1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 30 días)
OPVEE NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.7 MG/ACTUATION ( <i>nalmefene hcl</i> )	Nivel 3	QL (4 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML ( <i>naloxone hcl</i> )	Nivel 3	QL (2 ML por 30 días)
<b>Agentes Antiinfecciosos</b>		
<b>Antirretrovirales - Inhibidores de la Cápsida</b>		
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG ( <i>lenacapavir sodium</i> )	Nivel 2	PA
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML ( <i>lenacapavir sodium</i> )	Nivel 2	PA
<b>Agentes Antiinfecciosos - Medicamentos para Infección</b>		
<b>Amebicidas - Medicamentos para Parásitos</b>		
<i>paramomycin oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibiótico Aminoglucósido - Antibióticos</b>		
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML ( <i>amikacin sulfate liposomal with nebulizer accessories</i> )	Nivel 4	PA
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibióticos Aminometilciclina - Antibióticos</b>		
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG ( <i>omadacycline tosylate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Antibiótico Aminopenicilina - Antibióticos</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
MOXATAG ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 775 MG ( <i>amoxicillin</i> )	Nivel 3	
<b>Antibiótico Aminopenicilina - Combinaciones de Inhibidores de Betalactamasa - Antibióticos</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes Antihelmínticos - Derivados de Bencimidazol - Medicamentos para Parásitos</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
EGATEN ORAL TABLET 250 MG ( <i>triclabendazole</i> )	Nivel 3	
EMVERM ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG ( <i>mebendazole</i> )	Nivel 2	PA
<b>Agentes Antihelmínticos - Lactonas Macrocíclicas - Medicamentos para Parásitos</b>		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes Antihelmínticos Otros - Medicamentos para Parásitos</b>		
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antagonista Antibacteriano del Folato - Otras Combinaciones - Antibióticos</b>		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	Nivel 1	
SULFATRIM ORAL SUSPENSION 200-40 MG/5 ML ( <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> )	Nivel 1	
<b>Antagonista del Folato antibacteriano Otros - Antibióticos</b>		
PRIMSOL ORAL SOLUTION 50 MG/5 ML ( <i>trimethoprim</i> )	Nivel 2	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Derivados Antibacterianos del Nitrofurano - Antibióticos</b>		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<b>Antibacteriano Otros - Antibióticos</b>		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
<b>Antimicóticos - Alilaminas - Medicamentos Antifúngicos</b>		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antimicóticos - Macrólidos Poliénicos Anfóteros - Medicamentos Antifúngicos</b>		
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	Nivel 1	
<b>Antimicóticos - Agentes Fluorados Tipo Pirimidina - Medicamentos Antifúngicos</b>		
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antifúngico - Inhibidor de la Síntesis de Glucano, Triterpenoide - Antibióticos</b>		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG ( <i>ibrexafungerp citrate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Antifúngico - Inhibidores de la Síntesis de Glucano - Antibióticos</b>		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG ( <i>ibrexafungerp citrate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Antimicóticos - Imidazoles - Medicamentos Antifúngicos</b>		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ORAVIG BUCCAL MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 50 MG ( <i>miconazole</i> )	Nivel 3	
<b>Antimicóticos - Tetrazoles - Medicamentos Antifúngicos</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG ( <i>oteseconazole</i> )	Nivel 3	PA
<b>Antimicóticos - Triazoles - Medicamentos Antifúngicos</b>		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG ( <i>isavuconazonium sulfate</i> )	Nivel 3	PA
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG ( <i>posaconazole</i> )	Nivel 3	PA
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Otros Antifúngicos - Medicamentos Antifúngicos</b>		
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Ayudantes Inmunológicos Antiinfecciosos - Interferones - Medicamentos para Infecciones</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML ( <i>interferon gamma-1b, recomb.</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antilepróticos - Inmunomoduladores - Antibióticos</b>		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG ( <i>thalidomide</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antilepróticos - Sulfonas - Antibióticos</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones Antipalúdicas - Medicamentos para Parásitos</b>		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Nivel 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG ( <i>artemether/lumefantrine</i> )	Nivel 3	
<b>Antipalúdicos - Medicamentos para Parásitos</b>		
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG ( <i>tafenoquine succinate</i> )	Nivel 3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (36 EA por 16 días)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 16 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG ( <i>tafenoquine succinate</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 SURTIDO)
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)</i>	Nivel 2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Nivel 1	
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG ( <i>hydroxychloroquine sulfate</i> )	Nivel 2	QL (100 EA por 30 días)
<b>Agentes Antiprotozoarios - Derivados del Nitrofurano - Medicamentos para Parásitos</b>		
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG ( <i>nifurtimox</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes Antiprotozoarios - Derivados del Nitroimidazol - Medicamentos para Parásitos</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes Antiprotozoarios - Otros - Medicamentos para Parásitos</b>		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG ( <i>miltefosine</i> )	Nivel 2	PA
<b>Agentes Antiprotozoarios (Antiparasitarios) - Derivados de 5-Nitrotiazolilo - Medicamentos para Parásitos</b>		
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML ( <i>nitazoxanide</i> )	Nivel 3	QL (50 ML por 1 día)
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<b>Antiprotozoario-Antibacteriano de 1ª Generación 2-metil-5-nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones</b>		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML ( <i>metronidazole</i> )	Nivel 3	PA
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiprotozoario-Antibacteriano 2ª Generación 2-metil-5-nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antirretroviral - Anticuerpo Monoclonal Anti-CD4 Dominio 2 - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) ( <i>ibalizumab-uiyk</i> )	Nivel 2	PA
<b>Antirretroviral - Antagonista del Correceptor CCR5 - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML ( <i>maraviroc</i> )	Nivel 2	QL (31 ML por 1 día)
<b>Antirretrovirales - Inhibidores de la Fijación de CD4 - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG ( <i>fostemsavir tromethamine</i> )	Nivel 2	PA
<b>Antirretroviral - Inhibidores de la Fusión del VIH-1 - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG ( <i>enfuvirtide</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
<b>Antirretroviral - Inhibidores de la Transferencia de Hebras de la Integrasa del VIH-1 - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) ( <i>cabotegravir</i> )	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 0.15 EN 1DÍA, SURTIR 7 EN 365 DÍAS Y NO TENER HISTORIAL DE MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (21 ML por 365 días); Edad (Mín 12 Años)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	Nivel 1	Edad (Mín 12 Años)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 0.15 EN 1 DÍA, SURTIR 7 EN 365 DÍAS Y NO TENER HISTORIAL DE MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (21 ML por 365 días); Edad (Mín 12 Años)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG ( <i>raltegravir potassium</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG ( <i>raltegravir potassium</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG ( <i>raltegravir potassium</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG ( <i>raltegravir potassium</i> )	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG ( <i>dolutegravir sodium</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG ( <i>dolutegravir sodium</i> )	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG ( <i>cabotegravir sodium</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<b>Antirretroviral - Combinaciones de Inhibidor de la Integrasa y NNRTI - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML ( <i>cabotegravir/rilpivirine</i> )	Nivel 2	QL (4 ML por 30 días); Edad (Mín 12 Años)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML ( <i>cabotegravir/rilpivirine</i> )	Nivel 2	QL (6 ML por 30 días); Edad (Mín 12 Años)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG ( <i>dolutegravir sodium/rilpivirine hcl</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Antirretroviral - Combinaciones de Inhibidor de la Integrasa y NRTI - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG ( <i>dolutegravir sodium/lamivudine</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Antirretroviral - Inhibidor de la Transcriptasa Inversa No Nucleósido (NNRTI) - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG ( <i>rilpivirine hcl</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG ( <i>etravirine</i> )	Nivel 2	QL (4 EA por 1 día)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (1200 ML por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG ( <i>doravirine</i> )	Nivel 3	QL (2 EA por 1 día)
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<b>Antirretroviral - Combinaciones de ITR de Nucleósidos y Análogos de Nucleótidos - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG ( <i>lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG ( <i>emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG ( <i>emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antirretrovirales - Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INTI) - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (960 ML por 30 días)
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML ( <i>emtricitabine</i> )	Nivel 2	QL (850 ML por 30 días)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (960 ML por 30 días)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>zidovudine</i> )	Nivel 2	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<b>Antirretrovirales - Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleótidos - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	Nivel 2	QL (240 GM por 30 días)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Combinaciones de Antirretrovirales - Inhibidores de Proteasa - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG ( <i>atazanavir sulfat/cobicistat</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML por 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 1 día)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG ( <i>darunavir ethanolate/cobicistat</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
<b>Antirretrovirales - Análogos de Nucleósidos y Nucleótidos, Inhibidores de Proteasa - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG ( <i>darunavir eth/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Inhibidor de Integrasa Antirretroviral, Combinación de ITR de Nucleósidos y Nucleótidos - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG ( <i>bictegravir sodium/emtricitabine/tenofovir alafenamide fumar</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG ( <i>elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG ( <i>elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir disoproxil</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Análogos de Nucleósidos Antirretrovirales y Combinaciones de Inhibidores de la Integrasa - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG ( <i>abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG ( <i>abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine</i> )	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
<b>Combinación de Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Antirretrovirales y Nucleósidos (INTI) (NRTI) - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<b>Antirretrovirales-Nucleósidos, Análogos de Nucleótidos y RTI No Nucleósidos - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG ( <i>emtricitabine/rilpivirine hcl/tenofovir disoproxil fumarate</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG ( <i>doravirine/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG ( <i>emtricitabine/rilpivirine hcl/tenofovir alafenamide fumarate</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Antituberculoso - Análogos del Ácido Aminobenzoico - Antibióticos</b>		
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM ( <i>aminosalicylic acid</i> )	Nivel 3	
<b>Antituberculoso - Análogos de D-alanina - Antibióticos</b>		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antituberculoso - Antibióticos Diarilquinolina - Antibióticos</b>		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG ( <i>bedaquiline fumarate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antituberculosos - Derivados del Ácido Isonicotínico - Antibióticos</b>		
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antituberculosos - Derivados de Niacinamida - Antibióticos</b>		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antituberculosos - Derivados del Nitroimidazol - Antibióticos</b>		
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
<b>Antituberculosos - Rifamicina y Derivados - Antibióticos</b>		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG ( <i>rifapentine</i> )	Nivel 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<b>Otros Agentes Antituberculosos - Antibióticos</b>		
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG ( <i>ethionamide</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Combinaciones de Antibióticos Carbapenémicos - Antibióticos</b>		
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibióticos Cefalosporinas - 1.ª Generación - Antibióticos</b>		
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibióticos Cefalosporinas - 2.ª Generación - Antibióticos</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibióticos Cefalosporinas - 3.ª Generación - Antibióticos</b>		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
SUPRAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 500 MG/5 ML ( <i>cefixime</i> )	Nivel 2	
SUPRAX ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 200 MG ( <i>cefixime</i> )	Nivel 2	
<b>Agente Antiviral CMV - Análogos de Nucleósidos - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente Antiviral CMV - Inhibidores de la Proteína Quinasa - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG ( <i>maribavir</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente Antiviral CMV - Inhibidores del Complejo de Terminasa - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG ( <i>letermovir</i> )	Nivel 3	PA
<b>Antibióticos Fluoroquinolonas - Antibióticos</b>		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG ( <i>delafloxacin meglumine</i> )	Nivel 3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION,MICROCAPSULE RECON 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML ( <i>ciprofloxacin</i> )	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
FACTIVE ORAL TABLET 320 MG ( <i>gemifloxacin mesylate</i> )	Nivel 3	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibióticos Glicopéptidos - Antibióticos</b>		
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (56 EA por 1 SURTIDO)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	QL (112 EA por 1 SURTIDO)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML por 1 SURTIDO)
<i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (600 ML por 1 SURTIDO)
<b>Tratamiento de la Hepatitis B - Análogos de Nucleósidos (Antivirales) - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML ( <i>entecavir</i> )	Nivel 4	QL (630 ML por 30 días)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 4	QL (1 EA por 1 día)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<b>Tratamiento de la Hepatitis B - Análogos de Nucleótidos (Antivirales) - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	Nivel 4	QL (1 EA por 1 día)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG ( <i>tenofovir alafenamide</i> )	Nivel 4	QL (1 EA por 1 día)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	Nivel 2	QL (240 GM por 30 días)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Hepatitis C - Interferones - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	Nivel 4	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hepatitis C - Combinación de Inhibidor de NS5A e Inhibidor de Proteasa NS3/4A - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET 50-20 MG ( <i>glecaprevir/pibrentasvir</i> )	Nivel 4	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG ( <i>glecaprevir/pibrentasvir</i> )	Nivel 4	PA
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG ( <i>elbasvir/grazoprevir</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hepatitis C - Proteasa NS5A, NS3/4A, Combinación de Inhibidor de Polimerasa Nucleo.NS5B - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG ( <i>sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hepatitis C - Combinaciones de Polimerasa NS5B e Inhibidor de NS5A - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG ( <i>sofosbuvir/velpatasvir</i> )	Nivel 4	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG ( <i>sofosbuvir/velpatasvir</i> )	Nivel 4	PA
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG ( <i>ledipasvir/sofosbuvir</i> )	Nivel 4	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG ( <i>ledipasvir/sofosbuvir</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hepatitis C - Inhibidores de la Polimerasa NS5B Análogos de Nucleós(t)idos - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG, 200 MG ( <i>sofosbuvir</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG ( <i>sofosbuvir</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hepatitis C - Análogos de Nucleósidos - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente Antiviral Contra el Herpes - Análogos de Purina - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente Antiviral Contra el Herpes - Análogos de Timidina - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes Antivirales Contra la Influenza - Inhibidores de la Neuraminidasa - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	QL (40 EA por 180 días)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA por 180 días)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (360 ML por 180 días)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION ( <i>zanamivir</i> )	Nivel 3	QL (40 EA por 180 días)
<b>Agentes Antivirales Contra la Influenza - Inhibidor de la Endonucleasa PA - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG ( <i>baloxavir marboxil</i> )	Nivel 2	QL (4 EA por 180 días)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG ( <i>baloxavir marboxil</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 180 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agentes Antivirales de la Influenza A - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibióticos Lincosamida - Antibióticos</b>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Clindamycin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 Ml)	Nivel 1	
<b>Antibióticos Macrólidos - Antibióticos</b>		
<i>azithromycin oral packet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Nivel 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML ( <i>fidaxomicin</i> )	Nivel 2	QL (10 ML por 1 día)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG ( <i>fidaxomicin</i> )	Nivel 2	QL (20 EA por 10 días)
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 400 Oral Tablet 400 Mg)	Nivel 1	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec) 250 Mg, 500 Mg)	Nivel 1	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) ORAL TABLET 250 MG ( <i>erythromycin stearate</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Varios Antiinfecciosos - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG ( <i>methenamine mandelate/sodium phosphate, monobasic</i> )	Nivel 3	
<b>Combinaciones Antiinfecciosas Varias - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG ( <i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i> )	Nivel 2	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG ( <i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i> )	Nivel 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG ( <i>methenamine/sod phosph, monobasic/methylene blue/hyoscyamine</i> )	Nivel 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG ( <i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i> )	Nivel 1	
<b>Antibióticos Oxazolidinona - Antibióticos</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG ( <i>tedizolid phosphate</i> )	Nivel 2	ST; QL (6 EA por 6 días)
<b>Antibiótico Penicilina - Natural - Antibióticos</b>		
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibiótico Penicilina - Resistente a la Penicilinasas - Antibióticos</b>		
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibióticos Pleuromutilina - Antibióticos</b>		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG ( <i>lefamulin acetate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Inhibidores de Proteasa (No Peptídicos) Antirretrovirales - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG ( <i>tipranavir</i> )	Nivel 2	QL (4 EA por 1 día)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG- MG ( <i>darunavir ethanolate/cobicistat</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML ( <i>darunavir</i> )	Nivel 2	QL (400 ML por 30 días)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG ( <i>darunavir</i> )	Nivel 2	QL (8 EA por 1 día)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG ( <i>darunavir</i> )	Nivel 2	QL (16 EA por 1 día)
<b>Inhibidores de Proteasa (Peptídicos) Antirretrovirales - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>atazanavir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG ( <i>atazanavir sulfate/cobicistat</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>ritonavir</i> )	Nivel 2	QL (12 EA por 1 día)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG ( <i>ritonavir</i> )	Nivel 2	QL (12 EA por 1 día)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG ( <i>atazanavir sulfate</i> )	Nivel 2	QL (5 EA por 1 día)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG ( <i>nelfinavir mesylate</i> )	Nivel 2	
<b>Agentes Antivirales del Virus Sincitial Respiratorio (VRS) - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	Nivel 1	
<b>Rifamicinas y Antibióticos Derivados Relacionados - Antibióticos</b>		
AEMCOLO ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 194 MG ( <i>rifamycin sodium</i> )	Nivel 3	ST; QL (12 EA por 1 SURTIDO)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG ( <i>rifapentine</i> )	Nivel 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG ( <i>rifaximin</i> )	Nivel 3	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG ( <i>rifaximin</i> )	Nivel 2	PA
<b>Agente Antiviral SARS-CoV-2 - Principales Inhibidores de la Proteasa (Mpro) - Medicamentos para Infecciones</b>		
PAXLOVID ORAL TABLETS, DOSE PACK 150-100 MG ( <i>nirmatrelvir/ritonavir</i> )	\$0	QL (20 EA por 28 días); Edad (Mín 12 Años)
PAXLOVID ORAL TABLETS, DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG ( <i>nirmatrelvir/ritonavir</i> )	\$0	QL (30 EA por 28 días); Edad (Mín 12 Años)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agente Antiviral SARS-CoV-2 - Inhibidores de la ARN Polimerasa - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>molnupiravir</i> )	\$0	QL (40 EA por 29 días); Edad (Mín 18 Años)
<b>Antibiótico Sulfonamida - Antibióticos</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibióticos de Tetraciclina - Antibióticos</b>		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxyne NI Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxyne NI Oral Capsule 75 Mg)	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG ( <i>omadacycline tosylate</i> )	Nivel 3	PA
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes Antivirales del Virus Variola (Viruela) - Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
TEMBEXA ORAL SUSPENSION 10 MG/ML ( <i>brincidofovir</i> )	Nivel 2	
TEMBEXA ORAL TABLET 100 MG ( <i>brincidofovir</i> )	Nivel 2	
TPOXX (NATIONAL STOCKPILE) ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>tecovirimat</i> )	Nivel 2	
<b>Antineoplásicos</b>		
<b>Antineoplásico - AKT (Proteína Quinasa B (PKB)) Inhibidor</b>		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG ( <i>capivasertib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Gamma-Secretase Inhibidor (GSI)</b>		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG ( <i>nirogacestat hydrobromide</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Janus Kinase (JAK), inhibidores de ACVR1/ALK2</b>		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG ( <i>momelotinib dihydrochloride</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico – Inhibidores de la Ornitina Descarboxilasa (ODC)</b>		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG ( <i>eflornithine hcl</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Combinaciones de Inhibidor de PARP y Antiandrógeno</b>		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG ( <i>niraparib tosylate/abiraterone acetate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidores de Telomerasa</b>		
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG ( <i>imetelstat sodium</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Conjunción Disruptora de Microtúbulos y Anticuerpo Dirigido alfa Antineoplásico-FR</b>		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML ( <i>mirvetuximab soravtansine-gynx</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico- Inhibidor de Isocitrato deshidrogenasa-1 y -2 (IDH1 e IDH2)</b>		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG ( <i>vorasidenib citrate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido a CD20</b>		
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML ( <i>glofitamab-gxbm</i> )	Nivel 4	PA
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML ( <i>epcoritamab-bysp</i> )	Nivel 4	PA
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML ( <i>mosunetuzumab-axgb</i> )	Nivel 4	PA
<b>Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido a DLL3</b>		
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG ( <i>tarlatamab-dlle</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<b>ANP - Anticuerpo Rec-MC Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular Humano - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ALYMSYS INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>bevacizumab-maly</i> )	Nivel 4	PA
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>bevacizumab</i> )	Nivel 4	PA
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>bevacizumab-awwb</i> )	Nivel 4	PA
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>bevacizumab-adcd</i> )	Nivel 4	PA
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>bevacizumab-bvzr</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antineoplásico-Epidérmico.Factor de Crecimiento-EGFR (ErbB1),HER2 (ErbB2)R.Inhib - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Anticuerpo MC Inhibidor del Receptor EGFR y MET Biespecífico - Medicamentos para el Cáncer</b>		
RYBREVAANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>amivantamab-vmjw</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidor de CYP17 (17 alfa-hidroxisilasa/C17,20-liasa) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
YONSA ORAL TABLET 125 MG ( <i>abiraterone acetate, submicronized</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidor de la Tiroxina Quinasa EGFR de 1ra Generación- Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidor de la Tiroxina Quinasa EGFR de 2da Generación - Medicamentos para el Cáncer</b>		
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG ( <i>afatinib dimaleate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG ( <i>neratinib maleate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG ( <i>dacomitinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidor de la Tiroxina Quinasa EGFR de 3ra Generación - Medicamentos para el Cáncer</b>		
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG ( <i>lazertinib mesylate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG ( <i>osimertinib mesylate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Alquilsulfonatos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>busulfan intravenous solution 60 mg/10 ml</i>	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG ( <i>busulfan</i> )	Nivel 4	OCH
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Etileniminas y Metilmelaminas - Medicamentos para el Cáncer</b>		
TEPADINA INJECTION RECON SOLN 100 MG ( <i>thiotepa</i> )	Nivel 4	
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg, 15 mg</i>	Nivel 4	
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Metilhidracinas - Medicamentos para el Cáncer</b>		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG ( <i>procarbazine hcl</i> )	Nivel 4	OCH
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Mostazas Nitrogenadas - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
EVOMELA INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG ( <i>melfalan hcl/betadex sulfobutyl ether sodium</i> )	Nivel 4	
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram, 3 gram</i>	Nivel 4	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	Nivel 4	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG ( <i>chlorambucil</i> )	Nivel 4	OCH
<i>melfalan hcl intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Nitrosoureas - Medicamentos para el Cáncer</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	
<i>carmustine intravenous recon soln 300 mg,</i>	Nivel 4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG ( <i>lomustine</i> )	Nivel 4	PA; OCH
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER 7.7 MG ( <i>carmustine in polifeprosan 20</i> )	Nivel 4	
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Otros - Medicamentos para el Cáncer</b>		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>bendamustine hcl</i> )	Nivel 4	
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	
<i>bendamustine intravenous solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>bendamustine hcl</i> )	Nivel 4	
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>bendamustine hcl</i> )	Nivel 4	
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Triazenos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
TEMODAR INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>temozolomide</i> )	Nivel 4	PA
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa del Linfoma Anaplásico (ALK) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG ( <i>alectinib hcl</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG ( <i>brigatinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) ( <i>brigatinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG ( <i>lorlatinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG ( <i>crizotinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG ( <i>crizotinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG ( <i>ceritinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Antiadrenales - Medicamentos para el Cáncer</b>		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG ( <i>mitotane</i> )	Nivel 4	OCH
<b>Antineoplásicos - Antiandrógenos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	OCH
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG ( <i>apalutamide</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nivel 4	OCH; QL (2 EA por 1 día)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG ( <i>darolutamide</i> )	Nivel 4	PA; OCH
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG ( <i>enzalutamide</i> )	Nivel 4	PA; OCH
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG ( <i>enzalutamide</i> )	Nivel 4	PA; OCH
YONSA ORAL TABLET 125 MG ( <i>abiraterone acetate, submicronized</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Combinaciones de Antibióticos y Antimetabolitos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG ( <i>daunorubicin/cytarabine liposomal</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico - Conjugados Anticuerpo-Fármaco (ADC) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG ( <i>brentuximab vedotin</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BESPONSA INTRAVENOUS RECON SOLN 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) ( <i>inotuzumab ozogamicin</i> )	Nivel 4	PA
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML ( <i>mirvetuximab soravtansine-gynx</i> )	Nivel 4	PA
ENHERTU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>fam-trastuzumab deruxtecan-nxki</i> )	Nivel 4	PA
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG ( <i>ado-trastuzumab emtansine</i> )	Nivel 4	PA
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) ( <i>gemtuzumab ozogamicin</i> )	Nivel 4	PA
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG ( <i>enfortumab vedotin-ejfv</i> )	Nivel 4	PA
POLIVY INTRAVENOUS RECON SOLN 140 MG, 30 MG ( <i>polatuzumab vedotin-piiq</i> )	Nivel 4	PA
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG ( <i>tisotumab vedotin-tftv</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos del Ácido Fólico - Medicamentos para el Cáncer</b>		
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) ( <i>pralatrexate</i> )	Nivel 4	PA
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML ( <i>methotrexate</i> )	Nivel 3	PA: OCH
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
<i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pemetrexed intravenous solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
PEMFEXY INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>pemetrexed</i> )	Nivel 4	PA
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>pemetrexed disodium</i> )	Nivel 4	PA
<i>pralatrexate intravenous solution 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 4	PA
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG ( <i>methotrexate sodium</i> )	Nivel 2	OCH
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML ( <i>methotrexate</i> )	Nivel 3	ST; OCH; QL (120 ML por 60 días)
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos de Purina - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	Nivel 4	
<i>clofarabine intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>fludarabine intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>fludarabine intravenous solution 50 mg/2 ml</i>	Nivel 4	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>nelarabine intravenous solution 250 mg/50 ml</i>	Nivel 4	
NIPENT INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG ( <i>pentostatin</i> )	Nivel 4	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML ( <i>mercaptopurine</i> )	Nivel 4	ST; OCH
TABLOID ORAL TABLET 40 MG ( <i>thioguanine</i> )	Nivel 4	OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos de Pirimidina - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	Nivel 4	
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	Nivel 4	
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	Nivel 4	
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 100 mg/ml, 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	Nivel 4	
INFUGEM INTRAVENOUS PIGGYBACK 1,200 MG/120 ML (10 MG/ML), 1,300 MG/130 ML (10 MG/ML), 1,400 MG/140 ML (10 MG/ML), 1,500 MG/150 ML (10 MG/ML), 1,600 MG/160 ML (10 MG/ML), 1,700 MG/170 ML (10 MG/ML), 1,800 MG/180 ML (10 MG/ML), 1,900 MG/190 ML (10 MG/ML), 2,000 MG/200 ML (10 MG/ML), 2,200 MG/220 ML (10 MG/ML) ( <i>gemcitabine hcl in 0.9 % sodium chloride</i> )	Nivel 4	
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG ( <i>azacitidine</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados de la Urea - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	OCH
<b>Antineoplásicos - Antimetabolitos - Combinaciones de Análogos de Pirimidina - Medicamentos para el Cáncer</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG ( <i>trifluridine/tipiracil hcl</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Anticuerpos Monoclonales Anti-PD-1 y Anti-LAG-3 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML ( <i>nivolumab-relatlimab-rmbw</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Anti-SLAMF7 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG ( <i>elotuzumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Aromatasa - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0	OCH; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0	OCH; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	OCH
<b>Antineoplásico - Compuestos de Arsénico - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 4	
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML ( <i>arsenic trioxide</i> )	Nivel 4	
<b>Antineoplásicos - Gentes de Terapia Enzimática Asparaginasa - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION 750 UNIT/ML ( <i>calaspargase pegol-mknl</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ERWINASE INJECTION RECON SOLN 10,000 UNIT ( <i>asparaginase (erwinia chrysanthemi)</i> )	Nivel 4	
ONCASPAR INJECTION SOLUTION 750 UNIT/ML ( <i>pegaspargase</i> )	Nivel 4	PA
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5 ML ( <i>asparaginase erwinia chrysanthemi (recombinant)-rywn</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Inhibidores del Linfoma de Células B-2 (BCL-2) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG ( <i>venetoclax</i> )	Nivel 4	PA; OCH
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG ( <i>venetoclax</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa BRAF - Medicamentos para el Cáncer</b>		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG ( <i>encorafenib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML ( <i>tovorafenib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6) ( <i>tovorafenib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG ( <i>dabrafenib mesylate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG ( <i>dabrafenib mesylate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG ( <i>vemurafenib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidor de la Tirosina Quinasa de Bruton (BTK) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG ( <i>zanubrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG ( <i>acalabrutinib maleate</i> )	Nivel 4	PA; OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG ( <i>pirtobrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Antagonista del Receptor de Quimiocina CC 4 (CCR4), Rec-MAb - Medicamentos para el Cáncer</b>		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML ( <i>mogamulizumab-kpkc</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico - Anticuerpo Dirigido a CD19 - Conjugado de Agente Alquilante - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG ( <i>loncastuximab tesirine-lpyl</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD19 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG ( <i>tafasitamab-cxix</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD20 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ARZERRA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML ( <i>ofatumumab</i> )	Nivel 4	PA
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/40 ML ( <i>obinutuzumab</i> )	Nivel 4	PA
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>rituximab-arrx</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) <i>(rituximab/hyaluronidase, human recombinant)</i>	Nivel 4	PA
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML <i>(rituximab)</i>	Nivel 4	PA
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML <i>(rituximab-pvvr)</i>	Nivel 4	PA
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML <i>(rituximab-abbs)</i>	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD38 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML <i>(daratumumab-hyaluronidase-fihj)</i>	Nivel 4	PA
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML <i>(daratumumab)</i>	Nivel 4	PA
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML <i>(isatuximab-irfc)</i>	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa Dependiente de Ciclina (CDK) 4/6 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG <i>(palbociclib)</i>	Nivel 4	PA; OCH
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG <i>(palbociclib)</i>	Nivel 4	PA; OCH
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3) <i>(ribociclib succinate)</i>	Nivel 4	PA; OCH
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG <i>(abemaciclib)</i>	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Antígeno de Linfocitos T Citotóxicos (CTLA-4), Anticuerpo R-MC - Medicamentos para el Cáncer</b>		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML <i>(tremelimumab-actl)</i>	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) ( <i>ipilimumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidor del Receptor 2 del Factor de Crecimiento Epidérmico (HER2) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG ( <i>tucatinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Epipodofilotoxinas - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	OCH
<b>Antineoplásicos - Epotilonas y Análogos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
IXEMPRA INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG, 45 MG ( <i>ixabepilone</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Exportina-1 (XPO1) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) ( <i>selinexor</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidor de Histona Metiltransferasa (HMT) EZH2 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG ( <i>tazemetostat hydrobromide</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibición de la Quinasa del Receptor del Factor de Crecimiento de Fibroblastos (FGFR) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG ( <i>erdafitinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) ( <i>futibatinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG ( <i>pemigatinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de Tirosina Quinasa 3 (FLT3) Similares a FMS - Medicamentos para el Cáncer</b>		
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG ( <i>quizartinib dihydrochloride</i> )	Nivel 4	PA; OCH
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG ( <i>gilteritinib fumarate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidor de la Vía Hedgehog- Medicamentos para el Cáncer</b>		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG ( <i>glasdegib maleate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG ( <i>vismodegib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>sonidegib phosphate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Histona Desacetilasa (HDAC) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
BELEODAQ INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG ( <i>belinostat</i> )	Nivel 4	PA
ISTODAX INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG/2 ML ( <i>romidepsin</i> )	Nivel 4	PA
<i>romidepsin intravenous recon soln 10 mg/2 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>romidepsin intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>vorinostat</i> )	Nivel 4	OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores del Factor Inducible por Hipoxia (HIF) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG ( <i>belzutifan</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Interferones - Medicamentos para el Cáncer</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML ( <i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores de la Interleucina-6 (IL-6), Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para el Cáncer</b>		
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG ( <i>siltuximab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico - Interleucinas - Medicamentos para el Cáncer</b>		
PROLEUKIN INTRAVENOUS RECON SOLN 22 MILLION UNIT ( <i>aldesleukin</i> )	Nivel 4	
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de Janus Kinase (JAK) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG ( <i>ruxolitinib phosphate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Janus Kinase (JAK), Tirosina Quinasa Similar a FMS (FLT) Inhib - Medicamentos para el Cáncer</b>		
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>fedratinib dihydrochloride</i> )	Nivel 4	PA; OCH
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>pacritinib citrate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidor de la Proteína del Sarcoma de Rata de Kirsten (KRAS) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG ( <i>adagrasib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG ( <i>sotorasib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Supresores Hipofisarios Análogos Agonistas de LHRH (GnRH) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous solution 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG ( <i>triptorelin pamoate</i> )	Nivel 4	PA
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG ( <i>goserelin acetate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Antagonistas de LHRH (GnRH) Supresores Hipofisarios - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG ( <i>relugolix</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa MEK1 y MEK2 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG ( <i>cobimetinib fumarate</i> )	Nivel 4	PA; OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG ( <i>selumetinib sulfate/vitamin e tpgs</i> )	Nivel 4	PA; OCH
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML ( <i>trametinib dimethyl sulfoxide</i> )	Nivel 4	PA; OCH
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG ( <i>trametinib dimethyl sulfoxide</i> )	Nivel 4	PA; OCH
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG ( <i>binimetinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de Microtúbulos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>eribulin intravenous solution 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml)</i>	Nivel 4	PA
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) ( <i>eribulin mesylate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa mTOR - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG ( <i>sirolimus protein-bound</i> )	Nivel 4	PA
<i>temsirolimus intravenous recon soln 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first)</i>	Nivel 4	PA
<i>everolimus</i> (Torpenz Oral Tablet 10 Mg, 2.5 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores Multiquinasas - Medicamentos para el Cáncer</b>		
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
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) ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	Nivel 4	PA; OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG ( <i>ponatinib hcl</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG ( <i>regorafenib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores Mutantes de la Isocitrato Deshidrogenasa 1 (mIDH1) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG ( <i>olutasidenib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG ( <i>ivosidenib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores Mutantes de la Isocitrato Deshidrogenasa 2 (mIDH2) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG ( <i>enasidenib mesylate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Otros - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML ( <i>nogapendekin alfa inbakicept-pmln</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico - Terapia con Radionúclidos Receptores de Péptidos (PRRT)- Medicamentos para el Cáncer</b>		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MCI/ML (370 MBQ/ML) ( <i>lutetium lu 177 dotatate</i> )	Nivel 4	PA
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION 27 MCI/ML (1,000 MBQ/ML) ( <i>lutetium lu-177 vipivotide tetraxetan</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Fosfatidilinositol 3-quinasa (PI3K) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG ( <i>duvelisib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG ( <i>idelalisib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de PI3K-alfa - Medicamentos para el Cáncer</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) ( <i>alpelisib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - inhibidores PI3K-Delta y Gamma - Medicamentos para el Cáncer</b>		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG ( <i>duvelisib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores PI3K-delta - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG ( <i>idelalisib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Complejos de Platino - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>carboplatin intravenous recon soln 150 mg</i>	Nivel 4	
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cisplatin intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>cisplatin intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
KEMOPLAT INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML ( <i>cisplatin</i> )	Nivel 4	
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 4	
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Poli (ADP-ribosa) Polimerasa (PARP) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG ( <i>olaparib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG ( <i>rucaparib camsylate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG ( <i>talazoparib tosylate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG ( <i>niraparib tosylate</i> )	Nivel 4	PA; OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antineoplásico - Progestágenos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Enzima Proteasoma - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>bortezomib intravenous solution 1 mg/ml, 2.5 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
KYPROLIS INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 30 MG, 60 MG ( <i>carfilzomib</i> )	Nivel 4	PA
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG ( <i>ixazomib citrate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Proteína Tirosina Quinasa - Medicamentos para el Cáncer</b>		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG ( <i>repotrectinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG ( <i>avapritinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG ( <i>bosutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG ( <i>bosutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG ( <i>zanubrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG ( <i>acalabrutinib maleate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG ( <i>vandetanib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG ( <i>tivozanib hcl</i> )	Nivel 4	PA; OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG ( <i>fruquintinib</i> )	Nivel 4	OCH
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG ( <i>axitinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG ( <i>pirtobrutinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
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 X 2), 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) ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG ( <i>nintedanib esylate</i> )	Nivel 4	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG ( <i>ripretinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG ( <i>entrectinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG ( <i>entrectinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG ( <i>midostaurin</i> )	Nivel 4	PA; OCH
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG ( <i>asciminib hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG ( <i>capmatinib hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA; OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG ( <i>nilotinib hcl</i> )	Nivel 4	PA; OCH
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG ( <i>tepotinib hcl</i> )	Nivel 4	PA; OCH
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG ( <i>pexidartinib hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidor del Antígeno de Membrana Prostático Específico Radiomarcado - Medicamentos para el Cáncer</b>		
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION 27 MCI/ML (1,000 MBQ/ML) ( <i>lutetium lu-177 vipivotide tetraxetan</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Análogos de Somatostatina Radiomarcados - Medicamentos para el Cáncer</b>		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MCI/ML (370 MBQ/ML) ( <i>lutetium lu 177 dotatate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Radiofármacos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
HICON ORAL KIT 1,000 MCI/ML (1 ML), 250 MCI/0.25 ML, 500 MCI/0.5 ML ( <i>sodium iodide-131</i> )	Nivel 3	OCH
<b>Antineoplásicos - Retinoides - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Nivel 4	OCH
<b>Antineoplásicos - Degradadores Selectivos de los Receptores de Estrógeno (SERD) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	Nivel 4	PA
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG ( <i>elacestrant hcl</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógeno (SERM)- Medicamentos para el Cáncer</b>		
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML ( <i>tamoxifen citrate</i> )	Nivel 2	OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0	OCH; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Inhibidores Selectivos de la Exportación Nuclear (SINE)- Medicamentos para el Cáncer</b>		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) ( <i>selinexor</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Inhibidor Selectivo de la Quinasa RET - Medicamentos para el Cáncer</b>		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>pralsetinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG ( <i>selpercatinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG ( <i>selpercatinib</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Agonistas Selectivos del Receptor del Retinoide X - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásicos - Taxanos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	Nivel 4	
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/8 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 4	
JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (FIRST DILUTION) ( <i>cabazitaxel</i> )	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Análogos de Talidomida - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG ( <i>pomalidomide</i> )	Nivel 4	PA; OCH
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG ( <i>thalidomide</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásicos - Inhibidores de la Topoisomerasa I - Medicamentos para el Cáncer</b>		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML ( <i>irinotecan hcl</i> )	Nivel 4	
HYCAMTIN ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG ( <i>topotecan hcl</i> )	Nivel 4	OCH
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i>	Nivel 4	
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	Nivel 4	
ONIVYDE INTRAVENOUS DISPERSION 4.3 MG/ML ( <i>irinotecan liposomal</i> )	Nivel 4	PA
<i>topotecan intravenous recon soln 4 mg</i>	Nivel 4	
<i>topotecan intravenous solution 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 4	
<b>Antineoplásico - Inhibidor del Receptor Quinasa de Tropomiosina (TRK) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG ( <i>larotrectinib sulfate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML ( <i>larotrectinib sulfate</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico - Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGFR) Antag - Medicamentos para el Cáncer</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>ramucirumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico - Alcaloides y Análogos de la Vinca - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 4	
<b>Antibiótico Antineoplásico - Actinomicinas - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>dactinomycin intravenous recon soln 0.5 mg</i>	Nivel 4	
<b>Antibiótico Antineoplásico - Antraciclinas - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>daunorubicin intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	Nivel 1	
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>epirubicin intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml</i>	Nivel 4	
<i>idarubicin intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
<i>valrubicin intravesical solution 40 mg/ml</i>	Nivel 4	
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION 40 MG/ML ( <i>valrubicin</i> )	Nivel 4	
<b>Antibiótico Antineoplásico - Otros - Medicamentos para el Cáncer</b>		
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	Nivel 4	
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mitomycin intravesical syringe 20 mg/40 ml (0.5 mg/ml), 40 mg/40 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 4	
<i>mitomycin</i> (Mutamycin Intravenous Recon Soln 20 Mg, 40 Mg, 5 Mg)	Nivel 4	
ZANOSAR INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM ( <i>streptozocin</i> )	Nivel 4	
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante-Tetrahydroisoquinolina y Derivados - Medicamentos para el Cáncer</b>		
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG ( <i>trabectedin</i> )	Nivel 4	PA
ZEPZELCA INTRAVENOUS RECON SOLN 4 MG ( <i>lurbinectedin</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico-Anti-Ligando de Muerte Celular Programada-1 (PD-L1) MC Antib.- Medicamentos para el Cáncer</b>		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML ( <i>avelumab</i> )	Nivel 4	PA
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>durvalumab</i> )	Nivel 4	PA
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML ( <i>atezolizumab-hyaluronidase-tqjs</i> )	Nivel 4	PA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML) ( <i>atezolizumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico-Anti-Receptor de Muerte Celular Programada-1 (PD-1) MC Antib. - Medicamentos para el Cáncer</b>		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>dostarlimab-gxly</i> )	Nivel 4	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>pembrolizumab</i> )	Nivel 4	PA
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>cemiplimab-rwlc</i> )	Nivel 4	PA
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML) ( <i>toripalimab-tpzi</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML ( <i>nivolumab</i> )	Nivel 4	PA
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>tislelizumab-jsgr</i> )	Nivel 4	PA
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML ( <i>retifanlimab-dlwr</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico-CD123-Directed Cytotoxin (IL-3 and diphth.) Conjugado - Medicamentos para en Cáncer</b>		
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MCG/ML ( <i>tagraxofusp-erzs</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico-CD22 Anticuerpo Específico/Conjugado Antibiótico Citotóxico - Medicamentos para el Cáncer</b>		
BESPONSA INTRAVENOUS RECON SOLN 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) ( <i>inotuzumab ozogamicin</i> )	Nivel 4	PA
<b>Conjugado Disruptor de Microtúbulos y Anticuerpo Dirigido Antineoplásico-CD30 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG ( <i>brentuximab vedotin</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico-CD33 Anticuerpo Específico y Conjugado de Antibiótico Citotóxico - Medicamentos para el Cáncer</b>		
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) ( <i>gemtuzumab ozogamicin</i> )	Nivel 4	PA
<b>Conjugado Disruptor de Microtúbulos y Anticuerpo Directo antineoplásico-CD79b - Medicamentos para el Cáncer</b>		
POLIVY INTRAVENOUS RECON SOLN 140 MG, 30 MG ( <i>polatuzumab vedotin-piiq</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antineoplásico HER2 Conjugado Anticuerpo Dirigido-Inhibidor de Microtúbulos- Medicamentos para el Cáncer</b>		
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG ( <i>ado-trastuzumab emtansine</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>antineoplásico -HER2 Conjugado Inhibidor de Topoisomerasa I-Anticuerpo dirigido - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ENHERTU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>fam-trastuzumab deruxtecan-nxki</i> )	Nivel 4	PA
<b>Conjugado Inhibidor de Microtúbulos y Anticuerpo dirigido Antineoplásico-nectina-4 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG ( <i>enfortumab vedotin-ejfv</i> )	Nivel 4	PA
<b>Combinación de Antineoplásico-Análogo de Pirimidina e Inhibidor de Citidina Desaminasa - Medicamentos para el Cáncer</b>		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG ( <i>decitabine/cedazuridine</i> )	Nivel 4	PA; OCH
<b>Antineoplásico-Factor Tisular Dir. Conjunto Disruptor Anticuerpo-Microtúbulos - Medicamentos para el Cáncer</b>		
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG ( <i>tisotumab vedotin-tftv</i> )	Nivel 4	PA
<b>Conjugado Inhibidor de Topoisomerasa I-Anticuerpo Dirigido Antineoplásico-TROP2 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
TRODELVY INTRAVENOUS RECON SOLN 180 MG ( <i>sacituzumab govitecan-hziy</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inhibidor Antineoplásico del Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A, B y PIGF) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) ( <i>ziv-aflibercept</i> )	Nivel 4	PA
<b>Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido por BCMA - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML ( <i>elranatamab-bcmm</i> )	Nivel 4	PA
<b>Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido a CD19 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT 35 MCG ( <i>blinatumomab</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BLINCYTO INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MCG ( <i>blinatumomab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Bloqueador del Subdominio II del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (HER2), Rec-MC Ab - Medicamentos para el Cáncer</b>		
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION 420 MG/14 ML (30 MG/ML) ( <i>pertuzumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Bloqueador del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (tipo HER-1), Anticuerpo Rec-MC - Medicamentos para el Cáncer</b>		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML ( <i>cetuximab</i> )	Nivel 4	PA
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/50 ML (16 MG/ML) ( <i>necitumumab</i> )	Nivel 4	PA
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) ( <i>panitumumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Bloqueador del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (tipo HER2), Anticuerpo Rec-MC - Medicamentos para el Cáncer</b>		
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML ( <i>trastuzumab-hyaluronidase-oysk</i> )	Nivel 4	PA
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG ( <i>trastuzumab</i> )	Nivel 4	PA
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG ( <i>trastuzumab-pkrb</i> )	Nivel 4	PA
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG ( <i>trastuzumab-anns</i> )	Nivel 4	PA
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>margetuximab-cmkb</i> )	Nivel 4	PA
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG ( <i>trastuzumab-dkst</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG ( <i>trastuzumab-dttb</i> )	Nivel 4	PA
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,200 MG-600MG- 30000 UNIT/15ML, 600 MG-600 MG- 20000 UNIT/10ML ( <i>pertuzumab-trastuzumab-hyaluronidase-zzxf</i> )	Nivel 4	PA
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG ( <i>trastuzumab-qyyp</i> )	Nivel 4	PA
<b>TCR Monoclonal Inmunomovilizador Contra el Cáncer (ImmTAC)- Medicamentos para el Cáncer</b>		
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML ( <i>tebentafusp-tebn</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes de Rescate de Metotrexato - Tipo Carboxipeptidasa G2 - Medicamentos para el Cáncer</b>		
VORAXAZE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT ( <i>glucarpidase</i> )	Nivel 4	
<b>Agentes de Rescate de Metotrexato - Medicamentos para el Cáncer</b>		
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG ( <i>levoleucovorin</i> )	Nivel 4	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 200 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution 10 mg/ml</i>	Nivel 4	
VORAXAZE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT ( <i>glucarpidase</i> )	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agentes de Rescate de Metotrexato - Tipo Antagonista del Ácido Fólico - Medicamentos para el Cáncer</b>		
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG ( <i>levoleucovorin</i> )	Nivel 4	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 200 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution 10 mg/ml</i>	Nivel 4	
<b>Agents Protectores utilizados con la Quimioterapia - Medicamentos para el Cáncer</b>		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 GRAM/100ML (125 MG/ML) ( <i>sodium thiosulfate</i> )	Nivel 4	
<b>Agentes Protectores del Tracto Urinario Utilizados Junto con la Quimioterapia - Medicamentos para el Cáncer</b>		
MESNEX ORAL TABLET 400 MG ( <i>mesna</i> )	Nivel 3	OCH
<b>Antisépticos y Desinfectantes - Antisépticos y Desinfectantes</b>		
<b>Antisépticos - Alcoholes - Antisépticos y Desinfectantes</b>		
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
<i>alcohol swabs topical pads, medicated</i>	Nivel 3	DD
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD ALCOHOL SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
CURITY ALCOHOL SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
EASY COMFORT ALCOHOL PAD TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
INCONTROL ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
IV PREP WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
PRO COMFORT ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
PURE COMFORT ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
ULTILET ALCOHOL SWAB TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
WEBCOL TOPICAL PADS, MEDICATED ( <i>alcohol antiseptic pads</i> )	Nivel 3	DD
<b>Antiséptico – Liberadres de Cloro - Antisépticos y Desinfectantes</b>		
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % ( <i>hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluo/e.water</i> )	Nivel 3	
<b>Antiséptico - Yodo/Yodóforos - Antisépticos y Desinfectantes</b>		
IODOFLEX TOPICAL PADS, MEDICATED 0.9 % ( <i>cadexomer iodine</i> )	Nivel 3	
IODOSORB TOPICAL GEL 0.9 % ( <i>cadexomer iodine</i> )	Nivel 3	
LUGOLS TOPICAL SOLUTION 5-10 % ( <i>iodine/potassium iodide</i> )	Nivel 1	
STRONG IODINE TOPICAL SOLUTION 5-10 % ( <i>iodine/potassium iodide</i> )	Nivel 1	
<b>Biológicos</b>		
<b>Vacuna Viral – VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS)</b>		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML ( <i>respiratory syncytial virus vaccine, pref a and b/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML ( <i>respiratory syncytial virus vacc. antigen/as01e adjuvant/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Biológicos - Agentes Biológicos</b>		
<b>Extractos Alergénicos - Polen de Hierba - Agentes Biológicos</b>		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU ( <i>allergenic extract, grass pollen-timothy, standard</i> )	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 INDX REACTIVITY, 300 INDX REACTIVITY ( <i>grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/kentucky/timothy, std.</i> )	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 IR (3) /300 IR (6) ( <i>grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/kentucky/timothy, std.</i> )	Nivel 3	PA
<b>Extractos Alergénicos - Extractos de Ácaros - Agentes Biológicos</b>		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM ( <i>allergenic extract, mite-d.farinae-d.pteronysinus, standard</i> )	Nivel 2	PA
<b>Extractos alérgicos - Polen de Malez - Agentes Biológicos</b>		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT ( <i>allergenic extract-weed pollen-short ragweed</i> )	Nivel 2	PA
<b>Antivenenos - Antivenenos de Escorpión - Agentes Biológicos</b>		
ANASCORP INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG ( <i>centruoides (scorpion) polyvalent antivenom</i> )	Nivel 3	
<b>Anticuerpos Monoclonales Antivirales - Virus Sincitial Respiratorio (VRS)- Medicamentos para Infecciones Virales</b>		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML ( <i>nirsevimab-alip</i> )	\$0	PA; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2, SURTIR 2 EN 120 DÍAS Y 19 MESES DE EDAD O MENOS

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MG/0.5 ML ( <i>nirsevimab-alip</i> )	\$0	PA; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 2 EN 120 DÍAS Y 19 MESES DE EDAD O MENOS
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML ( <i>palivizumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antivirales Anticuerpos Monoclonales - SARS-CoV-2 Coronavirus – Agentes Biológicos</b>		
PEMGARDA (EUA) INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/ML ( <i>pemivibart</i> )	Nivel 4	PA
<b>Productos Químicos, Alimentos, Irritantes/Alergénicos - Agentes Biológicos</b>		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED ( <i>chemical allergens</i> )	Nivel 3	
<b>Combinaciones de Vacunas contra la Hepatitis A y la Hepatitis B - Vacunas</b>		
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML ( <i>hepatitis a virus and hepatitis b virus vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Contra la Hepatitis A - Agentes Únicos - Vacunas</b>		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML ( <i>hepatitis a virus vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML ( <i>hepatitis a virus vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML ( <i>hepatitis a virus vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Combinaciones de Vacunas Contra la Hepatitis B - Vacunas</b>		
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML ( <i>hep b virus,rcmb/diphth,pertus(acell),tet,polio vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML ( <i>diphtheria,pertus(acell),tetanus/hepb/polio /hib conj-meng/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML ( <i>diphtheria,pertus(acell),tetanus/hepb/polio /hib conj-meng/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacunas Contra la Hepatitis B - Agentes Únicos - Vacunas</b>		
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML ( <i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML ( <i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML ( <i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML ( <i>hepatitis b vaccine recombinant/vaccine adjuvant cpg 1018/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML ( <i>hepatitis b virus vaccine recombinant,isoform s,m,l/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML ( <i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML ( <i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Inmunoglobulina - Citomegalovirus (CMV) - Agentes Biológicos</b>		
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>cytomegalovirus immune globulin (human)</i> )	Nivel 4	
<b>Inmunoglobulina - Gammaglobulina (IgG), humana - Agentes Biológicos</b>		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 % ( <i>immune globulin,gamma (igg)-stwk human</i> )	Nivel 4	PA
ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION 10 % ( <i>immune globulin,gamma (igg)-slra human</i> )	Nivel 4	PA
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 % ( <i>immune globulin,gamm(igg)/glycine/iga greater than 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 16.5 % ( <i>immune globulin,gamma(igg)-hipp human/maltose</i> )	Nivel 4	PA
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %), 8 GRAM/40 ML (20 %) ( <i>immune globulin,gamm(igg)/glycine/iga greater than 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 % ( <i>immune globulin,gamma (igg)/sorbitol/iga 0 to 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE ( <i>immune globulin,gamma(igg)/glycine</i> )	Nivel 4	PA
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % ( <i>immune globulin,gamm(igg)/glycine/iga greater than 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM ( <i>immune globulin,gamm(igg)/glycine/glucose/iga 0 to 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) ( <i>immune globulin,gamma(igg)/glycine/iga average 46 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 % ( <i>immune globulin,gamm(igg)/sorbitol/glycin/iga 0 to 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 % ( <i>immune globulin,gamma (igg)/glycine/iga 0 to 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) ( <i>immune globulin,gamma(igg)/glycine/iga average 46 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) ( <i>immune globulin,gamma(igg)/proline/iga 0 to 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) ( <i>immune globulin,gamma(igg)/proline/iga 0 to 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
HYQVIA IG COMPONENT 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 %) ( <i>immune globulin,gamm(igg)/glycine/iga greater than 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
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 %) ( <i>immune globulin,gamma(igg) human/hyaluronidase, human recomb</i> )	Nivel 4	PA
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 % ( <i>immune globulin,gamm(igg)/maltose/iga greater than 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 % ( <i>immune globulin,gamma(igg)-ifas human/glycine</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 % ( <i>immune globulin,gamma (igg)/proline/iga 0 to 50 mcg/ml</i> )	Nivel 4	PA
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) ( <i>immune globulin,gamma (igg)-klhw human</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inmunoglobulina - Hepatitis B - Agentes Biológicos</b>		
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION >312 UNIT/ML, GREATR THAN 312 UNIT/ML (5 ML) ( <i>hepatitis b immune globulin/maltose</i> )	Nivel 3	
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION 220 UNIT/ML, 220 UNIT/ML (5 ML) ( <i>hepatitis b immune globulin</i> )	Nivel 3	
HYPERHEP B NEONATAL INTRAMUSCULAR SYRINGE 110 UNIT/0.5 ML ( <i>hepatitis b immune globulin</i> )	Nivel 3	
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION GREATER THAN 1,560 UNIT/5 ML, GREATR THAN 312 UNIT/ML ( <i>hepatitis b immune globulin</i> )	Nivel 3	
<b>Inmunoglobulina- Rho(D) - Agentes Biológicos</b>		
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,500 UNIT (300 MCG), 250 UNIT (50 MCG) ( <i>rho(d) immune globulin</i> )	Nivel 3	
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 250 UNIT (50 MCG) ( <i>rho(d) immune globulin</i> )	Nivel 3	
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,500 UNIT (300 MCG) ( <i>rho(d) immune globulin</i> )	Nivel 3	
RHOPHYLAC INJECTION SYRINGE 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML ( <i>rho(d) immune globulin</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML, 15000 UNIT(3000 MCG)/13 ML, 2,500 UNIT (500 MCG)/2.2 ML, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML ( <i>rho(d) immune globulin/maltose</i> )	Nivel 4	
<b>Inmunoglobulina - Varicela-Zoster - Agentes Biológicos</b>		
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2 ML ( <i>varicella-zoster immune globulin/maltose</i> )	Nivel 3	
<b>Sueros Inmunes - Agentes Biológicos</b>		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>lymphocyte immune globulin,antithymocyte (equine)</i> )	Nivel 4	
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS RECON SOLN 25 MG ( <i>anti-thymocyte globulin,rabbit</i> )	Nivel 4	
<b>Formulaciones de Vacunas Vivas y Virus Vivos - Vacunas</b>		
<i>adenovirus vac live type-4, 7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
FLUMIST TRIVALENT 2024-2025 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML ( <i>influenza vaccine trivalent live 2024-2025 (2 yrs-49 yrs)</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 ( <i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML ( <i>rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, g1p(8)</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML ( <i>rotavirus vaccine, live oral pentavalent</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML ( <i>varicella virus vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT ( <i>cholera vaccine, live</i> )	Nivel 3	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT ( <i>cholera vaccine, live</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT ( <i>typhoid vacc, live, attenuated</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes Desensibilizantes al Maní - Agentes Biológicos</b>		
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X 1) ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA INITIAL DOSE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG ( <i>peanut allergen powder-dnfp</i> )	Nivel 4	PA
<b>Combinaciones de Vacunas Toxoides - Vacunas</b>		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML ( <i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML ( <i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML ( <i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML ( <i>diphtheria, pertussis (acell), tetanus pediatric vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML ( <i>diphtheria, pertussis (acell), tetanus pediatric vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML ( <i>diphtheria, pertussis(acell),tetanus,polio vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML ( <i>hep b virus,rcmb/diphth,pertus(acell),tet,polio vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML ( <i>diphtheria,pertussis(acell),tetanus,polio/h aemophilus b/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML ( <i>diphtheria, pertussis(acell),tetanus,polio vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML ( <i>diphtheria, pertussis(acell),tetanus,polio vaccine/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML ( <i>tetanus and diphtheria toxoids, adult</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML ( <i>tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML ( <i>tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML ( <i>diphtheria,pertus(acell),tetanus/hepb/polio /hib conj-meng/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML ( <i>diphtheria,pertus(acell),tetanus/hepb/polio /hib conj-meng/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Bacteriana - Bacilos Gramnegativos (No Entéricos) - Vacunas</b>		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML ( <i>haemophilus b conjugate vaccine(tetanus toxoid conjugate)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML ( <i>haemophilus b conjugate vaccine(tetanus toxoid conjugate)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML ( <i>haemophilus b conjugate vaccine (meningococcal prot.conj)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT ( <i>typhoid vacc, live, attenuated</i> )	Nivel 3	
<b>Vacuna Bacteriana - Cocos Gramnegativos - Vacunas</b>		
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML ( <i>meningococcal vaccine a,c,y and w-135,conj tetanus toxoid/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML ( <i>meningococcal vaccine a,c,y,w-135,diphtheria toxoid conj/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML ( <i>meningococcal vaccine a,c,y,w-135,diphtheria toxoid conj/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML ( <i>meningococ a,c,y,w-135,tt comp/n. mening b,fhbp rec comp/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Bacteriana - Cocos grampositivos - Vacunas</b>		
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML ( <i>pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML ( <i>pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (diphtheria crm)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML ( <i>pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (diphtheria crm)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Bacteriana - Vacunas Meningocócicas Del Grupo B - Vacunas</b>		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML ( <i>meningococcal group b vaccine, 4-component</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML ( <i>neisseria meningitidis group b, lipidated fhbp recombinant</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Vacuna bacteriana - Bacilos Productores de Toxinas - Vacunas</b>		
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT ( <i>cholera vaccine, live</i> )	Nivel 3	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT ( <i>cholera vaccine, live</i> )	Nivel 3	
<b>Combinaciones de Vacunas (Bacterial y Viral) - Vacunas</b>		
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML ( <i>diphtheria,pertus(acellular),tetanus/hepb/polio/hib conj-meng/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML ( <i>diphtheria,pertus(acellular),tetanus/hepb/polio/hib conj-meng/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Viral - Adenovirus - Vacunas</b>		
<i>adenovirus vac live type-4, 7 oral tablet,delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet,delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet,delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
<b>Vacuna Viral - COVID-19 (SARS-CoV-2) - Vacunas</b>		
COMIRNATY 2024-25 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML ( <i>covid vaccine 2024-2025 (12 yrs up) (pfizer)/pf</i> )	\$0	EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MODERNA COVID 24-25(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML ( <i>covid vaccine 2024-2025 (6 months-11 years)(moderna)/pf</i> )	\$0	EHB
NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML ( <i>covid vaccine 2024-2025 (12 yrs up)/adjuvant-matrix/pf</i> )	\$0	EHB
PFIZER COVID 2024-25(5Y-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML ( <i>covid vacc 2024-2025 (5-11 years) (pfizer)/pf</i> )	\$0	EHB
PFIZER COVID 2024-25(6MO-4Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 3 MCG/0.3 ML ( <i>covid vacc 2024-2025 (6 months-4 years old) (pfizer)/pf</i> )	\$0	EHB
SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML ( <i>covid vaccine 2024-2025 (12 yrs up) (moderna)/pf</i> )	\$0	EHB
<b>Vacuna Viral – Vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) - Vacunas</b>		
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML ( <i>human papillomavirus vaccine, 9-valent/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML ( <i>human papillomavirus vaccine, 9-valent/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Viral - Influenza A y B - Vacunas</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AFLURIA TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>influenza virus vaccine trival split 2024-25 (36 mos up)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
AFLURIA TRIV 2024-2025 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>influenza virus vaccine trivalent 2024-25 (6 mos and older)</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUAD TRIV 2024-25(65Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>influenza vaccine trivalent 2024-2025 (65 yr up)/mf59c.1/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUARIX TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>influenza virus vaccine tvs 2024-2025(6 months and older)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUBLOK TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>influenza virus vaccine tv 2024-25(18 yrs and older)rcmb/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>flu vaccine tri 2024-2025(6 month and older)cell derived/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>flu vaccine triv 2024-2025(6 month and older)cell derived</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLULAVAL TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>influenza virus vaccine tvs 2024-2025(6 months and older)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUMIST TRIVALENT 2024-2025 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML ( <i>influenza vaccine trivalent live 2024-2025 (2 yrs-49 yrs)</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV 24-25 INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG/0.5 ML ( <i>influenza virus vaccine trival split 2024-2025(65 yr up)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUZONE QUAD SOUTH HEM2024(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML ( <i>influenza virus vacc quad 2024 south hem (6 mos and up)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUZONE QUAD SOUTHERN HEM 2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML ( <i>influenza virus vacc quad 2024 south hem (6 months and up)</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FLUZONE TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>influenza virus vaccine trvs 2024-2025(6 months and older)/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUZONE TRIV 2024-2025 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML ( <i>influenza virus vaccine trivalent 2024-25 (6 mos and older)</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Viral - Sarampión - Vacunas</b>		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 ( <i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna viral - Paperas y Afines - Vacunas</b>		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 ( <i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Viral - Poliomielitis - Vacunas</b>		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML ( <i>poliomyelitis vaccine, killed</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Viral - Rotavirus - Vacunas</b>		
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML ( <i>rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, g1p(8)</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML ( <i>rotavirus vaccine, live oral pentavalent</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Viral - Rubéola - Vacunas</b>		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 ( <i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Vacuna Viral - Varicela - Vacunas</b>		
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 ( <i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML ( <i>varicella-zoster virus glycoprotein e,rec/as01b adjuvant/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML ( <i>varicella virus vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Combinaciones Virales de Vacunas - Vacunas</b>		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML ( <i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 ( <i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
<b>Agentes de Terapia Cardiovascular</b>		
<b>Antagonista del Receptor de Endotelina-Angiotensina</b>		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG ( <i>sparsentan</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antagonista del Receptor PAH-Endotelina - Selective cGMP PDE5 Inhibitor Comb</b>		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG ( <i>macitentan/tadalafil</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente para la Hipertensión Pulmonar - Activin Receptor IIA-Fc (ActRIIA)</b>		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 60 MG ( <i>sotatercept-csrk</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes de Terapia Cardiovascular - Medicamentos para el Corazón</b>		
<b>Combinaciones de Inhibidor de la ECA y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Inhibidores de la ECA (ACE) y Diuréticos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inhibidores de la ECA (ACE) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	ST; QL (1200 ML por 30 días)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML ( <i>lisinopril</i> )	Nivel 3	ST; QL (1200 ML por 30 días)
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antagonistas de los Receptores de Aldosterona - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>epplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>finerenone</i> )	Nivel 3	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Bloqueadores Alfa-Beta - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>carvedilol phosphate oral capsule, er multiphase 24 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinación de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (BRA) y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (ARA) - Bloqueador de los Canales de Calcio-Diurético - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Combinaciones de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (BRA) y Diurético - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Nivel 1	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG ( <i>azilsartan medoxomil/chlorthalidone</i> )	Nivel 3	ST
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 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>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II e Inhibidor de Neprilisina (ARNi) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG ( <i>sacubitril/valsartan</i> )	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG ( <i>sacubitril/valsartan</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG ( <i>sacubitril/valsartan</i> )	Nivel 2	QL (8 EA por 1 día)
<b>Bloqueadores de los Receptores de Angiotensina II (ARBs) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG ( <i>azilsartan medoxomil</i> )	Nivel 3	ST

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antianginosos - Vasodilatadores Coronarios (Nitratos) - Medicamentos para la Angina</b>		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Nivel 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR ( <i>nitroglycerin</i> )	Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Nivel 1	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG ( <i>nitroglycerin</i> )	Nivel 1	
<b>Agentes Antianginosos y Antiisquémicos - Medicamentos para la Angina</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG ( <i>vericiguat</i> )	Nivel 3	PA
<b>Agentes Antianginosos y Antiisquémicos No Hemodinámicos - Medicamentos para la Angina</b>		
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<b>Antiarrítmicos - Clase Ia - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales</b>		
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG ( <i>disopyramide phosphate</i> )	Nivel 2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	Nivel 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiarrítmico - Clase Ib - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales</b>		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiarrítmico - Clase Ic - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales</b>		
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiarrítmico - Clase II - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>sotalol hcl</b> (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	
<b>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</b>	Nivel 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML ( <b>sotalol hcl</b> )	Nivel 3	ST; QL: 8 BOTELLAS EN 30 DÍAS
<b>Antiarrítmico - Clase III - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales</b>		
<b>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</b>	Nivel 1	
<b>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</b>	Nivel 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG ( <b>dronedarone hcl</b> )	Nivel 2	
<b>amiodarone hcl</b> (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Nivel 1	
<b>Antiarrítmico - Clase IV - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales</b>		
<b>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</b>	Nivel 1	
<b>Antihiperlipidémico - Inhibidor Similar a la Sngiopoyetina 3 (ANGPTL3), MAb - Medicamentos para el Colesterol</b>		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION 150 MG/ML ( <b>evinacumab-dgnb</b> )	Nivel 4	PA
<b>Antihiperlipidémico - Inhibidor de la ATP-Citrato Liasa (ACLY) - Medicamentos para el Colesterol</b>		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG ( <b>bempedoic acid</b> )	Nivel 2	ST
<b>Antihiperlipidémicos - Secuestradores de Ácidos Biliares - Medicamentos para el Colesterol</b>		
<b>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</b>	Nivel 1	
<b>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</b>	Nivel 1	
<b>cholestyramine/aspartame</b> (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
<i>cholestyramine-aspartame oral powder in packet 4 gram</i>	Nivel 1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Nivel 1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
<b>Antihiperlipidémicos - Derivados del Ácido Fóbrico - Medicamentos para el Colesterol</b>		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Nivel 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antihiperlipidémicos - Inhibidores de la HMG CoA Reductasa (Estatinas) - Medicamentos para el Colesterol</b>		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG ( <i>lovastatin</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ( <i>atorvastatin calcium</i> )	Nivel 3	PA
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, EDAD DE 40 A 75 AÑOS Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
<i>atorvastatin oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG ( <i>rosuvastatin calcium</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
FLOLIPID ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML), 40 MG/5 ML (8 MG/ML) ( <i>simvastatin</i> )	Nivel 3	PA
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, EDAD DE 40 A 75 AÑOS Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN 120 DÍAS; QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 2 EN 1 DÍA, EDAD DE 40 A 75 AÑOS Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN 120 DÍAS; QL (2 EA por 1 día)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, EDAD DE 40 A 75 AÑOS Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG ( <i>pitavastatin calcium</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, EDAD DE 40 A 75 AÑOS Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, EDAD DE 40 A 75 AÑOS Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN 120 DÍAS; QL (2 EA por 1 día)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, EDAD DE 40 A 75 AÑOS Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, EDAD DE 40 A 75 AÑOS Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
<i>rosuvastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, EDAD DE 40 A 75 AÑOS Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA por 1 día)
<b>Antihiperlipidémicos - Derivados del Ácido Nicotínico - Medicamentos para el Colesterol</b>		
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacin</i> (Niacor Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 1	
<b>Antihiperlipidémico - Tipo de Ácido Graso Omega-3 - Medicamentos para el Colesterol</b>		
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM ( <i>icosapent ethyl</i> )	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM ( <i>icosapent ethyl</i> )	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<b>Antihiperlipidémico - Inhibidor de PCSK9, Anticuerpo Monoclonal (MAb)- Medicamentos para el Colesterol</b>		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML ( <i>alirocumab</i> )	Nivel 2	ST
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML ( <i>evolocumab</i> )	Nivel 2	ST
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML ( <i>evolocumab</i> )	Nivel 2	ST

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML ( <i>evolocumab</i> )	Nivel 2	ST
<b>Antihiperlipidémicos - Inhibidores de PCSK9 - Medicamentos para el Colesterol</b>		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML ( <i>alirocumab</i> )	Nivel 2	ST
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML ( <i>evolocumab</i> )	Nivel 2	ST
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML ( <i>evolocumab</i> )	Nivel 2	ST
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML ( <i>evolocumab</i> )	Nivel 2	ST
<b>Antihiperlipidémico - Inhibidor Selectivo de la Absorción de Colesterol - Medicamentos para el Colesterol</b>		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<b>Antihiperlipidémico - ATP-Citrato Liasa e Inhibidor de la Absorción de Colesterol - Medicamentos para el Colesterol</b>		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG ( <i>bempedoic acid/ezetimibe</i> )	Nivel 2	ST
<b>Inhibidor Antihiperlipidémico del Reducto HMG CoA y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para el Colesterol</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<b>Inhibidores Antihiperlipidémicos-HMG CoA Reductores e Inhibidores de Absorción de Colesterol - Medicamentos para el Colesterol</b>		
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Inhibición de la Proteína de Transferencia de Triglicéridos Microsomales (MTP) Antihiperlipidémica - Medicamentos para el Colesterol</b>		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG ( <i>lomitapide mesylate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Betabloqueantes Cardíacos Selectivos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG ( <i>metoprolol succinate</i> )	Nivel 3	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Betabloqueantes Actividad Simpaticomimética Intrínseca, Selectiva Cardíaca - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<b>Betabloqueantes Selectivos No Cardíacos, Actividad Simpaticomimética Intrínseca - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Bloqueadores Beta No Selectivo Cardíaco - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HEMANGEOL ORAL SOLUTION 4.28 MG/ML ( <i>propranolol hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (360 ML por 30 días)
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>sotalol hcl</i> (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML ( <i>sotalol hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL: 8 BOTELLAS EN 30 DÍAS
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antagonistas del Receptor de Bradicinina B2 - Medicamentos para el Corazón</b>		
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>icatibant acetate</i> (Sajazir Subcutaneous Syringe 30 Mg/3 Ml)	Nivel 4	PA
<b>Bloqueadores de los Canales de Calcio - Benzotiacepinas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>diltiazem hcl</i> (Cartia Xt Oral Capsule,Extended Release 24Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG ( <i>diltiazem hcl</i> )	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl</i> (Tiadylt Er Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
<b>Bloqueadores de los Canales de Calcio - Dihidropiridinas - Cerebrovasculares Específicos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nimodipine oral solution 60 mg/20 ml</i>	Nivel 4	PA
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML ( <i>nimodipine</i> )	Nivel 4	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML ( <i>nimodipine</i> )	Nivel 4	PA
<b>Bloqueadores de los Canales de Calcio - Dihidropiridinas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG ( <i>levamlodipine maleate</i> )	Nivel 3	PA
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>levamlodipine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Bloqueadores de los Canales de Calcio - Fenilalquilaminas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inhibidor de Miosina Cardíaca - Medicamentos para el Corazón</b>		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG ( <i>mavacamten</i> )	Nivel 4	PA
<b>Bloqueador Beta Selectivo Cardíaco-Ciurético Tiazídico y Combinaciones Relacionadas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<b>Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Terapia de Anafilaxia Agentes Únicos - Fármacos para Reacciones Alérgicas Graves</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 SURTIDO)
NEFFY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/SPRAY (0.1 ML) ( <i>epinephrine</i> )	Nivel 3	QL (4 EA por 1 SURTIDO)
<b>Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Fármacos para Reacciones Alérgicas Graves</b>		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agonistas alfa-2 Centrales-Diuréticos Tiazídicos y Combinaciones Relacionadas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agonistas del Receptor Central Alfa-2 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Glucósidos Digitales - Medicamentos para el Corazón</b>		
<i>digoxin</i> (Digitek Oral Tablet 125 Mcg (0.125 Mg), 250 Mcg (0.25 Mg))	Nivel 1	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Nivel 2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	Nivel 1	PA
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG) ( <i>digoxin</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG) ( <i>digoxin</i> )	Nivel 1	PA
<b>Vasodilatadores de Acción Directa - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Diurético - Antagonista del Receptor de Aldosterona, No Selectivo - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Diurético - Antagonista del Receptor de Aldosterona, Selectivo - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>epplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Diurético - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Diurético - Bucles - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	PA
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML ( <i>furosemide</i> )	Nivel 4	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Diurético - Ahorrador de potasio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Diurético - Ahorrador de Potasio, Tiazida y Combinaciones Relacionadas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Nivel 1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Diurético - Antagonistas Selectivos del Receptor de Arginina Vasopresina V2 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Nivel 4	QL (30 EA por 365 días)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Nivel 4	QL (60 EA por 365 días)
<b>Diurético - Tiazidas y Afines - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML ( <i>chlorothiazide</i> )	Nivel 3	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Inhibidores de Canales Activados por Nucleótidos Cíclicos activados por Hiperpolarización - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML ( <i>ivabradine hcl</i> )	Nivel 2	QL (20 ML por 1 día)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<b>Antagonistas de los Receptores Muscarínicos (Anticolinérgicos) - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales</b>		
ATROPEN INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 0.5 MG/0.7 ML, 1 MG/0.7 ML ( <i>atropine sulfate</i> )	Nivel 3	
<b>Bloqueador Beta Selectivo No Cardíaco-Diurético Tiazídico y Combinaciones Relacionadas. - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes HAP - Agonistas Selectivos del Receptor de Prostaciclina (IP) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG ( <i>selexipag</i> )	Nivel 4	PA
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG ( <i>selexipag</i> )	Nivel 4	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60) ( <i>selexipag</i> )	Nivel 4	PA
<b>Bloqueadores de los Receptores Periféricos Alfa-1 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 4 MG, 8 MG ( <i>doxazosin mesylate</i> )	Nivel 3	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Vasodilatadores Periféricos, Agentes Únicos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>papaverine injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Feocromocitoma, Agentes a Tratar - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes Inhibidores de la Calicreína Plasmática, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Medicamentos para el Corazón</b>		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) ( <i>lanadelumab-flyo</i> )	Nivel 4	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) ( <i>lanadelumab-flyo</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Inhibidores de la Calicreína Plasmática, Proteína Recombinante - Medicamentos para el Corazón</b>		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (1 ML) ( <i>ecallantide</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Inhibidores de la Calicreína Plasmática, Molécula Pequeña - Medicamentos para el Corazón</b>		
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG ( <i>berotralstat hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Antihipertensivos Pulmonares - Tipo Prostaciclina - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>epoprostenol intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 4	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL, DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (42) ( <i>treprostinil diolamine</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) <b>(<i>treprostinil diolamine</i>)</b>	Nivel 4	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG <b>(<i>treprostinil diolamine</i>)</b>	Nivel 4	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG <b>(<i>treprostinil diolamine</i>)</b>	Nivel 4	PA
<b><i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i></b>	Nivel 4	PA
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16(112)-32(112) - 48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG <b>(<i>treprostinil</i>)</b>	Nivel 4	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) <b>(<i>treprostinil</i>)</b>	Nivel 4	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML <b>(<i>treprostinil/nebulizer and accessories</i>)</b>	Nivel 4	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) <b>(<i>treprostinil/nebulizer accessories</i>)</b>	Nivel 4	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML <b>(<i>treprostinil/nebulizer and accessories</i>)</b>	Nivel 4	PA
VELETRI INTRAVENOUS RECON SOLN 0.5 MG, 1.5 MG <b>(<i>epoprostenol sodium</i>)</b>	Nivel 4	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML <b>(<i>iloprost tromethamine</i>)</b>	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agentes Antihipertensivos Pulmonares - Estimulador de Guanilato Ciclasa Soluble - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG ( <i>riociguat</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas del Receptor de Endotelina - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Nivel 4	PA
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG ( <i>macitentan</i> )	Nivel 4	PA
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG ( <i>bosentan</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hipertensión Arterial Pulmonar - Inhibidores Selectivos de cGMP-PDE5 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>tadalafil</i> (Alyq Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 4	PA
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML ( <i>sildenafil citrate</i> )	Nivel 4	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Inhibidor de Renina Directo - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Vasodilatadores - Medicamentos para la Presión Arterial Alta</b>		
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agentes del Sistema Nervioso Central</b>		
<b>Antipsicótico - Combinaciones de Agonistas/Antagonistas Muscarínicos</b>		
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG ( <i>xanomeline tartrate/trospium chloride</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG ( <i>xanomeline tartrate/trospium chloride</i> )	Nivel 3	ST
<b>Agentes del Sistema Nervioso Central - Medicamentos para el Sistema Nervioso</b>		
<b>Agentes para Tratar las Cefaleas en Racimos Episódicas - Medicamentos para Migrañas</b>		
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) ( <i>galcanezumab-gnlm</i> )	Nivel 2	PA
<b>Agente Ansiolítico - Tipo Antihistamínico - Medicamentos para la Ansiedad</b>		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente Ansiolítico - Benzodiacepinas - Medicamentos para la Ansiedad</b>		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML ( <i>alprazolam</i> )	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam</i> (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam</i> (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente Ansiolítico - Tipo Dicarbamato - Medicamentos para la Ansiedad</b>		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente Ansiolítico - No Benzodiazepina - Medicamentos para la Ansiedad</b>		
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Anticonvulsivos - Antagonistas del Receptor de Glutamato Tipo AMPA - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML ( <i>perampanel</i> )	Nivel 2	QL (680 ML por 28 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG ( <i>perampanel</i> )	Nivel 2	QL (30 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG ( <i>perampanel</i> )	Nivel 2	QL (120 EA por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG ( <i>perampanel</i> )	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
<b>Anticonvulsivos - Barbitúricos y Derivados - Medicamentos para Convulsiones/Trastorno de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Anticonvulsivante - Benzodiazepinas - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML por 30 días)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG ( <i>diazepam</i> )	Nivel 3	QL (10 por 30 días)
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) ( <i>midazolam</i> )	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
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) ( <i>diazepam</i> )	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
<b>Anticonvulsivo - Tipo Cannabinoide - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML ( <i>cannabidiol (cbd)</i> )	Nivel 4	ST
<b>Anticonvulsivos - Carbamatos - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día)
<i>felbamate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 1 día)
<i>felbamate oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<b>Anticonvulsivante - Derivados del Ácido Carboxílico - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	Nivel 1	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	Nivel 1	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	Nivel 1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Anticonvulsivo - Aminoácido Funcionalizado - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (1200 ML por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG ( <i>lacosamide</i> )	Nivel 3	PA
VIMPAT ORAL TABLETS, DOSE PACK 50 MG (14)- 100 MG (14) ( <i>lacosamide</i> )	Nivel 2	
<b>Anticonvulsivo - Análogos de GABA - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Anticonvulsivo - Inhibidor de la Recaptación de GABA, Derivados del Ácido Nipecótico - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
<i>tiagabine oral tablet 16 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<b>Anticonvulsivo - Inhibidor de la GABA Transaminasa (GABA-T) - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
SABRIL ORAL TABLET 500 MG ( <i>vigabatrin</i> )	Nivel 4	PA
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>vigabatrin</i> (Vigadrone Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 4	PA
<i>vigabatrin</i> (Vigadrone Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 4	PA
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML ( <i>vigabatrin</i> )	Nivel 4	PA
<i>vigabatrin</i> (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Anticonvulsivo - Hidantoínas - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin Extended Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 1	
<i>phenytoin</i> (Dilantin Infatabs Oral Tablet, Chewable 50 Mg)	Nivel 1	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	Nivel 3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML ( <i>phenytoin</i> )	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek Oral Capsule 200 Mg, 300 Mg)	Nivel 1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<b>Anticonvulsivante - Derivados del Iminostilbeno - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG ( <i>eslicarbazepine acetate</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG ( <i>eslicarbazepine acetate</i> )	Nivel 3	QL (2 EA por 1 día)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 1	
<i>carbamazepine</i> (Epilex Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 3	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 1	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 1	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 1	
<b>Anticonvulsivante - Derivados Monosacáridos - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML ( <i>topiramate</i> )	Nivel 3	PA
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Anticonvulsivo - Modulador del Receptor Esteroide Neuroactivo GABA-A - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML ( <i>ganaxolone</i> )	Nivel 4	PA
<b>Anticonvulsivante - Derivados de Feniltiazina - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL, DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7) ( <i>lamotrigine</i> )	Nivel 3	ST
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL, DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7) ( <i>lamotrigine</i> )	Nivel 3	ST
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL, DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7) ( <i>lamotrigine</i> )	Nivel 3	ST
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	ST
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 200 mg, 250 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (6 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (6 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg, 25 Mg)	Nivel 3	
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 3	
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Nivel 3	
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Nivel 3	
<b>Anticonvulsivo - Derivados de Pirrolidina - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML ( <i>brivaracetam</i> )	Nivel 2	QL (600 ML por 30 días)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG ( <i>brivaracetam</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<b>Anticonvulsivante - Succinimidas - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Anticonvulsivante - Derivados de Sulfonamida - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML ( <i>zonisamide</i> )	Nivel 3	PA
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Anticonvulsivante - Derivados del Triazol - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Nivel 1	ST; QL (80 ML por 1 día)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (16 EA por 1 día)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 EA por 1 día)
<b>Anticonvulsivos Otros - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG ( <i>stiripentol</i> )	Nivel 4	PA
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG ( <i>stiripentol</i> )	Nivel 4	PA
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML ( <i>fenfluramine hcl</i> )	Nivel 4	PA
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) ( <i>cenobamate</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG ( <i>cenobamate</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG ( <i>cenobamate</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
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) ( <i>cenobamate</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antidepresivo -Antagonistas de los Receptores Alfa-2 (NaSSA) - Medicamentos para la Depresión</b>		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antidepresivo - Inhibidor de la MAO No Selectivo e Irreversible-Tipos A,B -Medicamentos para la Depresión</b>		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR ( <i>selegiline</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG ( <i>isocarboxazid</i> )	Nivel 3	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antidepresivo - Combinaciones de Antagonistas del Receptor NMDA y NDRI - Medicamentos para la Depresión</b>		
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG ( <i>dextromethorphan hbr/bupropion hcl</i> )	Nivel 3	ST
<b>Antidepresivo - Modulador del Receptor Esteroide Neuroactivo GABA-A - Medicamentos para la Depresión</b>		
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML ( <i>brexanolone</i> )	Nivel 3	PA
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG ( <i>zuranolone</i> )	Nivel 2	PA
<b>Antidepresivo - Antagonista del Receptor de N-metil D-aspartato (NMDA) - Medicamentos para la Depresión</b>		
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) ( <i>esketamine hcl</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antidepresivo - Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)- Medicamentos para la Depresión</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antidepresivo - Inhibidores de la Recaptación de Antagonistas de Serotonina-2 (SARI) - Medicamentos para la Depresión</b>		
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antidepresivo - Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN)- Medicamentos para la Depresión</b>		
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26), 20 MG (2)- 40 MG (5) ( <i>levomilnacipran hcl</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG ( <i>levomilnacipran hcl</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG ( <i>milnacipran hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) ( <i>milnacipran hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antidepresivo - ISRS y Agonista Parcial 5HT1A - Medicamentos para la Depresión</b>		
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST
<b>Antidepresivo - Modulador del Receptor ISRS y Serotonina (5-HT) - Medicamentos para la Depresión</b>		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>vortioxetine hydrobromide</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Antidepresivo - Combinación Tricíclica y Antipsicótica, Fenotiazina - Medicamentos para la Depresión</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antidepresivo - Combinaciones Tricíclicas y Benzodiacepinas - Medicamentos para la Depresión</b>		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antidepresivo - ISRS y Antipsicótico Atípico, Dopamina, Antagonista de la Serotonina - Medicamentos para la Depresión</b>		
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<b>Antidepresivos - Inhibidores de la Recaptación de Norepinefrina y Dopamina (NDRI) - Medicamentos para la Depresión</b>		
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antidepresivos - Tricíclicos y Relacionados (Inhibidores No Seleccionados de la Recaptación) - Medicamentos para la Depresión</b>		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiparkinsonianos - Combinaciones Dopaminérgicas-Periféricas COMT-Inhibidores de Dopa-Descarboxilasa - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiparkinsonianos - Combinaciones de Inhibidores de Dopaminérg y Dopa-d Descarboxilasa Periférica - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 35-140 MG ( <i>carbidopa/levodopa</i> )	Nivel 3	ST; QL (4 EA por 1 día)
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 52.5-210 MG ( <i>carbidopa/levodopa</i> )	Nivel 3	ST; QL (10 EA por 1 día)
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 70-280 MG ( <i>carbidopa/levodopa</i> )	Nivel 3	ST; QL (7 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 87.5-350 MG ( <i>carbidopa/levodopa</i> )	Nivel 3	ST; QL (6 EA por 1 día)
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML ( <i>carbidopa/levodopa</i> )	Nivel 4	PA
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG ( <i>carbidopa/levodopa</i> )	Nivel 3	ST; QL (10 EA por 1 día)
<b>Ayudante Antiparkinsoniano - Antagonista del Receptor de Adenosina - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG ( <i>istradefylline</i> )	Nivel 4	PA
<b>Ayudante Antiparkinsoniano - Inhibidores de COMT Centrales/Periféricos - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<b>Ayudante Antiparkinsoniano - Inhibidores Periféricos de la COMT - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG ( <i>opicapone</i> )	Nivel 3	PA
<b>Ayudante Antiparkinsoniano - Inhibidores Periféricos de la Dopa-Descarboxilasa - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia Antiparkinsoniana - Agentes Anticolinérgicos - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia Antiparkinsoniana - Precursores de Dopamina - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG ( <i>levodopa</i> )	Nivel 4	PA
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG ( <i>levodopa</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia Antiparkinsoniana - Alcaloides del Ergot y Derivados - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia Antiparkinsoniana - Inhibidor de la Monoaminooxidasa (MAO-B)- Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG ( <i>safinamide mesylate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
ZELAPAR ORAL TABLET, DISINTEGRATING 1.25 MG ( <i>selegiline hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
<b>Terapia Antiparkinsoniana - Agentes Agonistas de la Dopamina Distintos del Ergot - Medicamentos para Tratar el Parkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
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 ( <i>rotigotine</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Antipsicótico - Atyp Dopamina-Serotonina Antag Dibenzo-Oxepino Pirroles - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR ( <i>asenapine</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Antipsicótico - Dopamina-Serotonina Atípica Antag-Bencisotiazolinona - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antipsicótico - Derivado Atípico de Dopamina-Serotonina Antag-bencisoxazol - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG ( <i>iloperidone</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) ( <i>iloperidone</i> )	Nivel 3	ST; QL (8 EA por 28 días)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML ( <i>paliperidone palmitate</i> )	Nivel 4	QL (3.5 ML por 166 días)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML ( <i>paliperidone palmitate</i> )	Nivel 4	QL (5 ML por 166 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML ( <b>paliperidone palmitate</b> )	Nivel 4	QL (0.75 ML por 21 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML ( <b>paliperidone palmitate</b> )	Nivel 4	QL (1 ML por 21 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML ( <b>paliperidone palmitate</b> )	Nivel 4	QL (1.5 ML por 21 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML ( <b>paliperidone palmitate</b> )	Nivel 4	QL (0.25 ML por 21 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML ( <b>paliperidone palmitate</b> )	Nivel 4	QL (0.5 ML por 21 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML ( <b>paliperidone palmitate</b> )	Nivel 4	QL (88 ML por 70 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML ( <b>paliperidone palmitate</b> )	Nivel 4	QL (1.32 ML por 70 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML ( <b>paliperidone palmitate</b> )	Nivel 4	QL (1.75 ML por 70 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML ( <b>paliperidone palmitate</b> )	Nivel 4	QL (2.63 ML por 70 días)
<b>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</b>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<b>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</b>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG ( <b>risperidone</b> )	Nivel 4	QL (1 EA por 28 días)
<b>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml, 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</b>	Nivel 4	QL (1 EA por 14 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML ( <i>risperidone</i> )	Nivel 4	QL (0.28 ML por 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML ( <i>risperidone</i> )	Nivel 4	QL (0.35 ML por 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML ( <i>risperidone</i> )	Nivel 4	QL (0.42 ML por 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML ( <i>risperidone</i> )	Nivel 4	QL (0.56 ML por 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML ( <i>risperidone</i> )	Nivel 4	QL (0.7 ML por 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML ( <i>risperidone</i> )	Nivel 4	QL (0.14 ML por 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML ( <i>risperidone</i> )	Nivel 4	QL (0.21 ML por 28 días)
<b>Antipsicótico - Derivado Atípico de Dopamina-Serotonina Antag-Butirofenona - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG ( <i>lumateperone tosylate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antipsicótico - Dopamina-Serotonina Atípica Antag-Dibenzodiazepina Der - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML ( <i>clozapine</i> )	Nivel 3	ST; QL (18 ML por 1 día)
<b>Antipsicótico - Derivados de Butirofenona - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antipsicótico - Derivados de la Dibenzoxazepina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 10 MG ( <i>loxapine</i> )	Nivel 4	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antipsicótico - Dihidroindolonas - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 1 día)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antipsicótico - Derivados de Difenilbutilpiperidina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antipsicótico - Fenotiazinas Alifáticas - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antipsicótico - Fenotiazinas, Piperazina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antipsicótico - Fenotiazinas, Piperidina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antipsicótico - Tioxantenos - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antipsicótico -Dopamina Atípica-Serotonina Antag-Dibenzotiazepina Der - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
SEROQUEL XR ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 50 MG(3)-200 MG (1)-300 MG(11) ( <i>quetiapine fumarate</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antipsicótico - Dopamina Atípica, Serotonina, Antag, Tienobenzodiazepina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG ( <i>olanzapine/samidorphane malate</i> )	Nivel 3	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG ( <i>olanzapine pamoate</i> )	Nivel 4	QL (1 EA por 14 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG ( <i>olanzapine pamoate</i> )	Nivel 4	QL (1 EA por 28 días)
<b>Agonistas Inversos Antipsicóticos-Atyp Selectivos de Serotonina 5-HT<sub>2A</sub> (SSIA) - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG ( <i>pimavanserin tartrate</i> )	Nivel 4	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG ( <i>pimavanserin tartrate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antipsicótico Atípico, Agonista Parcial del Receptor D<sub>2</sub>, Serotonina 5HT Mixta - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML ( <i>aripiprazole</i> )	Nivel 4	QL (2.4 ML por 42 días)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML ( <i>aripiprazole</i> )	Nivel 4	QL (3.2 ML por 42 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG ( <i>aripiprazole</i> )	Nivel 4	QL (1 EA por 26 días)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG ( <i>aripiprazole</i> )	Nivel 4	QL (1 EA por 26 días)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML ( <i>aripiprazole lauroxil, submicronized</i> )	Nivel 4	
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML ( <i>aripiprazole lauroxil</i> )	Nivel 4	QL (3.9 ML por 14 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML ( <i>aripiprazole lauroxil</i> )	Nivel 4	QL (1.6 ML por 14 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML ( <i>aripiprazole lauroxil</i> )	Nivel 4	QL (2.4 ML por 14 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML ( <i>aripiprazole lauroxil</i> )	Nivel 4	QL (3.2 ML por 14 días)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG ( <i>brexpiprazole</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
REXULTI ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.5 MG (7)- 1 MG (7), 1 MG (4)- 2 MG (3) ( <i>brexpiprazole</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antipsicótico-Atípico, Agonista Parcial del Receptor D3/D2-Serotonina Mixta - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG ( <i>cariprazine hcl</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Combinaciones de Antipsicóticos, Atípicos, Dopamina, Serotonina Antag y Opioides Antag - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG ( <i>olanzapine/samidorphane malate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Déficit de Atención-Hiperactividad. Trastorno (TDAH)(ADHD) - Agonista del Receptor Alfa-2 - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
ONYDA XR ORAL SUSPENSION, EXTEND RELEASE 24HR 0.1 MG/ML ( <i>clonidine hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (4 ML por 1 día); Edad (Mín 6 Años)
<b>Déficit de Atención-Hiperactividad. Trastorno por Déficit de Atención (TDAH)(ADHD) - Agonista del Receptor alfa-2 - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención</b>		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG ( <i>amphetamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
AZSTARYS ORAL CAPSULE 26.1 MG- 5.2 MG, 39.2 MG- 7.8 MG, 52.3 MG- 10.4 MG ( <i>serdexmethylphenidate chloride/dexmethylphenidate hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 17.3 MG, 8.6 MG ( <i>methylphenidate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG ( <i>methylphenidate</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>dexmethylphenidate oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML ( <i>amphetamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (240 ML por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DYANA VEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>amphetamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
JORNAY PM ORAL CAPSULE, DEL REL, EXT REL SPRINK 100 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>lisdexamfetamine oral tablet, chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral cap, er sprinkle, biphasic 40-60 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET, CHEW, IR-ER. BIPHASIC 24HR 20 MG, 40 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET, CHEW, IR-ER. BIPHASIC 24HR 30 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) ( <i>methylphenidate hcl</i> )	Nivel 3	ST; 120mL BOTELLA; QL (240 ML por 30 días)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) ( <i>methylphenidate hcl</i> )	Nivel 3	ST; 150mL BOTELLA; QL (300 ML por 30 días)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) ( <i>methylphenidate hcl</i> )	Nivel 3	ST; 180mL BOTELLA; QL (360 ML por 30 días)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) ( <i>methylphenidate hcl</i> )	Nivel 3	ST; 60mL BOTELLA; QL (60 ML por 30 días)
VYVANSE ORAL TABLET, CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día);
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR ( <i>dextroamphetamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día); Age (Mín 6 Años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST; QL (90 EA por 30 días)
<b>Terapia para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (ADHD), Tipo NRI - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
QELBREE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG ( <i>viloxazine hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 6 Años)
QELBREE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG ( <i>viloxazine hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día); Edad (Mín 6 Años)
QELBREE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG ( <i>viloxazine hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 6 Años)
<b>Benzodiacepinas - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML ( <i>alprazolam</i> )	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML por 30 días)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam</i> (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG ( <i>diazepam</i> )	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
<i>lorazepam</i> (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) ( <i>midazolam</i> )	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
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) ( <i>diazepam</i> )	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
<b>Agentes de Terapia Bipolar -Tipo Anticonvulsivos - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 1	
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	Nivel 1	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	Nivel 1	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	Nivel 1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine</i> (Eitol Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 3	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	ST
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (6 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 3	
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (84) - 100 Mg (14))	Nivel 3	
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (42) - 100 Mg (7))	Nivel 3	
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 1	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 1	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG ( <i>carbamazepine</i> )	Nivel 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes de Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG ( <i>olanzapine/samidorphane malate</i> )	Nivel 3	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG ( <i>cariprazine hcl</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes de Terapia Bipolar - Litio - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Cannabis y Cannabinoides - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML ( <i>dronabinol</i> )	Nivel 3	ST; QL (60 ML por 30 días)
<b>Estimulante del SNC - Combinaciones de Anfetaminas - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención</b>		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG ( <i>amphetamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML ( <i>amphetamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (240 ML por 30 días)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>amphetamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Estimulante del SNC - Anfetaminas - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención</b>		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA por 30 días)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR ( <i>dextroamphetamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día); Age (Mín 6 Años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST; QL (90 EA por 30 días)
<b>Estimulantes del SNC - Analépticos Tipo Metilxantina - Medicamentos para el Sistema Nervioso</b>		
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<b>Agentes para la Fibromialgia - Análogos de GABA - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Agentes para la Fibromialgia - Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN) - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG ( <i>milnacipran hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) ( <i>milnacipran hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
<b>Agentes HSDD - Agonistas/Antagonistas Mixtos de Serotonina - Medicamentos para el Sistema Nervioso</b>		
ADDYI ORAL TABLET 100 MG ( <i>flibanserin</i> )	Nivel 3	PA
<b>Agentes HSDD - Agonista No Selectivo del Receptor de Melanocortina - Medicamentos para el Sistema Nervioso</b>		
VYLEESI SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1.75 MG/0.3 ML ( <i>bremelanotide acetate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Hipnóticos - Agonistas de los Receptores de Melatonina M1/M2 - Medicamentos para Tratar el Insomnio</b>		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML ( <i>tasimelteon</i> )	Nivel 4	PA
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Terapia para Migraña - Derivados del Ácido Carboxílico - Medicamentos para Migrañas</b>		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia para Migraña - Bloqueador del Ligando CGRP, Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para Migrañas</b>		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML ( <i>fremanezumab-vfrm</i> )	Nivel 2	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML ( <i>fremanezumab-vfrm</i> )	Nivel 2	PA
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML ( <i>galcanezumab-gnlm</i> )	Nivel 2	PA
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML ( <i>galcanezumab-gnlm</i> )	Nivel 2	PA
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML ( <i>eptinezumab-jjmr</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia para Migraña - Bloqueadores del Receptor CGRP (gepants y mAb)- Medicamentos para Migrañas</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML ( <i>erenumab-aooe</i> )	Nivel 2	PA
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG ( <i>rimegepant sulfate</i> )	Nivel 2	PA
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG ( <i>atogepant</i> )	Nivel 2	PA
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG ( <i>ubrogepant</i> )	Nivel 2	PA
ZAVZPRET NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION ( <i>zavegepant hcl</i> )	Nivel 3	PA
<b>Terapia para Migraña - Alcaloides del Ergot y Derivados - Medicamentos para Migrañas</b>		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (15 ML por 14 días)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST; QL (8 ML por 28 días)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG ( <i>ergotamine tartrate</i> )	Nivel 3	QL (10 EA por 7 días)
TRUDHESA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.725 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	Nivel 3	ST; QL (12 ML por 28 días); Edad (Mín 18 Años)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Terapia para Migraña - Combinaciones de Cornezuelo de Centeno - Medicamentos para Migrañas</b>		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 7 días)
<b>Terapia para Migraña - Analgésicos AINE (NSAID) (Inhibidor de la Ciclooxygenasa)- Medicamentos para Migrañas</b>		
ELYXYB ORAL SOLUTION 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) ( <i>celecoxib</i> )	Nivel 3	PA
<b>Terapia para Migraña - Agonistas Selectivos de la Serotonina 5-HT(1)- Medicamentos para Migrañas</b>		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<i>eletriptan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<i>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA por 30 días)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (36 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 5 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML por 30 días)
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan</i> (Zomig Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<b>Terapia para Migraña - Agonistas Selectivos de la Serotonina 5-HT(1F) - Medicamentos para Migrañas</b>		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG ( <i>lasmiditan succinate</i> )	Nivel 2	PA
<b>Terapia con Medicamento para los Trastornos del Movimiento - Medicamentos para el Sistema Nervioso</b>		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	Nivel 4	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE, DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) ( <i>valbenazine tosylate</i> )	Nivel 4	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	Nivel 4	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	Nivel 4	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Terapia de Trastornos del Movimiento - Enfermedad de Huntington - Medicamentos para el Sistema Nervioso</b>		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	Nivel 4	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	Nivel 4	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	Nivel 4	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Terapia de Trastornos del Movimiento - Discinesia Tardía - Medicamentos para el Sistema Nervioso</b>		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	Nivel 4	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) ( <i>valbenazine tosylate</i> )	Nivel 4	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	Nivel 4	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia y la Cataplexia, Tipo Sedante, Medicamentos para Trastorno del Sueño</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
LUMRYZ ORAL EXTEND RELEASE GRANULES, PACKET 4.5 GRAM, 6 GRAM, 7.5 GRAM, 9 GRAM ( <i>sodium oxybate</i> )	Nivel 4	PA
LUMRYZ STARTER PACK ORAL GRANULES ER PACKET, DOSE PACK 4.5-6-7.5 GRAM ( <i>sodium oxybate</i> )	Nivel 4	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML ( <i>sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Inhibidor de la Recaptación de Dopamina y NE (DNRI) - Medicamentos para Trastorno del Sueño</b>		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG ( <i>solriamfetol hcl</i> )	Nivel 3	PA
<b>Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Antagonista del Receptor H3/Agonista Inverso - Medicamentos para Trastorno del Sueño</b>		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG, 4.45 MG ( <i>pitolisant hcl</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - No Simpaticomimético - Medicamentos para Trastorno del Sueño</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<b>Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado de Piperidina - Medicamentos para Trastorno del Sueño</b>		
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpaticomimético, Anfetaminas - Medicamentos para Trastorno del Sueño</b>		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST; QL (90 EA por 30 días)
<b>Agentes del Efecto Pseudobulbar (PBA), Tipo Antagonistas de NMDA - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves</b>		
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG ( <i>dextromethorphan hbr/quinidine sulfate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Sedantes-Hipnóticos - Barbitúricos - Medicamentos para Tratar el Insomnio</b>		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<b>Sedantes-Hipnóticos - Benzodiazepinas - Medicamentos para Trata el Insomnio</b>		
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<b>Sedantes-Hipnóticos - Moduladores del Receptor GABA - Medicamentos para Trata el Insomnio</b>		
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<b>Sedantes-Hipnóticos - Antagonista del Receptor de Orexina - Medicamentos para Trata el Insomnio</b>		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>suvorexant</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG ( <i>lemborexant</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
QUVIVIQ ORAL TABLET 25 MG, 50 MG ( <i>daridorexant hcl</i> )	Nivel 3	PA
<b>Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos de los Receptores Adrenérgicos Alfa2 - Medicamentos para Trata el Insomnio</b>		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG ( <i>dexmedetomidine hcl</i> )	Nivel 3	PA
<b>Sedantes-Hipnóticos - Tipo de Antidepresivo Tricíclico - Medicamentos para Trata el Insomnio</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Dependencia Química, Agentes para Tratar – Medicamentos para Tratar la Adicción</b>		
<b>Agentes para la Abstinencia de Opioides, Tipo Agonista Adrenérgico Alfa-2 Central - Medicamentos para Tratar la Adicción a Opioides</b>		
<i>lofexidine oral tablet 0.18 mg</i>	Nivel 1	PA
<b>Agentes para la Abstinencia de Opioides, Tipo Opioides - Medicamentos para Tratar la Adicción a Opioides</b>		
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 128 MG/0.36 ML ( <i>buprenorphine</i> )	Nivel 4	ST; QL (0.36 ML por 21 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 16 MG/0.32 ML ( <i>buprenorphine</i> )	Nivel 4	ST; QL (0.32 ML por 5 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 24 MG/0.48 ML ( <i>buprenorphine</i> )	Nivel 4	ST; QL (0.48 ML por 5 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 32 MG/0.64 ML ( <i>buprenorphine</i> )	Nivel 4	ST; QL (0.64 ML por 5 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 64 MG/0.18 ML ( <i>buprenorphine</i> )	Nivel 4	ST; QL (0.18 ML por 21 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 8 MG/0.16 ML ( <i>buprenorphine</i> )	Nivel 4	ST; QL (0.16 ML por 5 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 96 MG/0.27 ML ( <i>buprenorphine</i> )	Nivel 4	ST; QL (0.27 ML por 21 días)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML, 300 MG/1.5 ML ( <i>buprenorphine</i> )	Nivel 4	PA
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG ( <i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG ( <i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
<b>Terapia de Abstinencia de Alcohol - Tipo de Sistema Glutamato y GABA - Medicamentos para Tratar la Adicción al Alcohol</b>		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia de Abstinencia de Alcohol - Tipo Antagonista de los Receptores de Opioides - Medicamentos para Tratar la Adicción al Alcohol</b>		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 380 MG ( <i>naltrexone microspheres</i> )	Nivel 4	
<b>Elementos Disuasorios del Alcohol - Medicamentos para Tratar la Adicción al Alcohol</b>		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Elementos Disuasivos para Fumar - Tipo NE e Inhibidor de la Recaptación de Dopamina (NDRI) - Medicamentos para Tratar la Adicción al Tabaquismo</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 2 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
<b>Elementos Disuasivos para Fumar - Tipo Nicotina - Medicamentos para Tratar la Adicción al Tabaquismo</b>		
<i>nicotine (polacrilex) buccal gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 24 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>nicotine (polacrilex) buccal lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 20 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>nicotine (polacrilex) buccal mini lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 20 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>nicotine transdermal patch, td daily, sequential 21-14-7 mg/24 hr</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML ( <i>nicotine</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 10 EN 2 DÍAS, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365, ENSAYO DE PARCHE TRANSDÉRMICO DE NICOTINA Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (10 ML por 2 días)
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG ( <i>nicotine polacrilex</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 24 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
QUIT 2 BUCCAL LOZENGE 2 MG ( <i>nicotine polacrilex</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 20 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
QUIT 4 BUCCAL GUM 4 MG ( <i>nicotine polacrilex</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 24 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
QUIT 4 BUCCAL LOZENGE 4 MG ( <i>nicotine polacrilex</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 20 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
STOP SMOKING AID BUCCAL LOZENGE 2 MG, 4 MG ( <i>nicotine polacrilex</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 20 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Elementos Disuasivos para Fumar - Agonista Parcial del Receptor Nicotínico, alfa4beta2 - Medicamentos para Tratar la Adicción al Tabaquismo</b>		
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 2 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (2 EA por 1 día)
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 2 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (2 EA por 1 día)
<b>Coadyuvantes Químicos-Farmacéuticos</b>		
<b>Adyuvante Farmacéutico - Vehículos de Inhalación</b>		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 % ( <i>sodium chloride for inhalation</i> )	Nivel 3	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % ( <i>sodium chloride for inhalation</i> )	Nivel 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % ( <i>sodium chloride for inhalation</i> )	Nivel 3	
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Nivel 1	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Adyuvantes de Vacunas</b>		
VAXCHORA BUFFER COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ( <i>cholera vaccine buffer component</i> )	Nivel 3	
<b>Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agentes para el Síndrome de Rett - Análogos del Lipromato (GPE)</b>		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML ( <i>trofinetide</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Medicamentos para el Sistema Nervioso</b>		
<b>Terapia de la Enfermedad de Alzheimer - Anticuerpo Monoclonal Dirigido a Amiloide - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer</b>		
ADUHELM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML ( <i>aducanumab-avwa</i> )	Nivel 4	PA
LEQEMBI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML ( <i>lecanemab-irmb</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia de la Enfermedad de Alzheimer - Inhibidores de Colinesterasa - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer</b>		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MG/24 HOUR, 5 MG/24 HOUR ( <i>donepezil hcl</i> )	Nivel 3	PA
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML por 30 días)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<b>Terapia de la Enfermedad de Alzheimer - Antagonistas del Receptor NMDA - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (30 EA por 30 días)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML por 30 días)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>memantine oral tablets, dose pack 5-10 mg</i>	Nivel 1	QL (49 EA por 28 días)
NAMENDA XR ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG ( <i>memantine hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (28 EA por 28 días)
<b>Thx de Alzheimer - Antag del receptor NMDA y Combinaciones Inhibidor de Colinesterasa - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer</b>		
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG ( <i>memantine hcl/donepezil hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (28 EA por 28 días)
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG ( <i>memantine hcl/donepezil hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Vasodilatadores Cerebrales - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer</b>		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
<b>Anticonceptivos - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<b>Anticonceptivo - Modulador del pH Vaginal - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % ( <i>lactic acid/citric acid/potassium bitartrate</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivo Implantado - Progestina - Píldoras Anticonceptivas</b>		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG ( <i>etonogestrel</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivo Inyectable - Progestina - Píldoras Anticonceptivas</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	\$0	CT; EHB
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 150 MG/ML ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	\$0	CT; EHB
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	\$0	CT; EHB
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0	CT; EHB
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivo Intrauterino - DIU de Cobre - Píldoras Anticonceptivas</b>		
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM ( <i>copper</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivo Intrauterino - DIU de Progesterona - Píldoras Anticonceptivas</b>		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivo Oral - Bifásico - Píldoras Anticonceptivas</b>		
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i> (Amethia Oral Tablets, Dose Pack, 3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</b> (Ashlyna Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol</b> (Azurette (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
CAMRESE LO ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7) ( <b>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</b> )	\$0	CT; EHB
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) ( <b>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</b> )	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</b> (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
<b>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</b>	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</b> (Jaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol</b> (Kariva (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
<b>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</b>	\$0	CT; EHB
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) ( <b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> )	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</b> (Lojaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.1 Mg-20 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol</b> (Pimtreea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol</b> (Simliya (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</b> (Simpesse Oral Tablets, Dose Pack, 3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol</b> (Viorele (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol</b> (Volnea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivo Oral - Monofásico - Píldoras Anticonceptivas</b>		
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Altavera (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Amethyst (28) Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol</b> (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Aubra Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</b> (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</b> (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Aurovela Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Aurovela Fe 1-20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
BALCOLTRA ORAL TABLET 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) ( <b>levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron</b> )	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
BEYAZ ORAL TABLET 3-0.02-0.451 MG (24) (4) ( <b>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</b> )	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Charlotte 24 Fe Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Chateal (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norgestrel-ethinyl estradiol</b> (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol</b> (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol</b> (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
<b>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</b>	\$0	CT; EHB
<b>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</b>	\$0	CT; EHB
<b>norgestrel-ethinyl estradiol</b> (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol</b> (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> (Estarylla Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</b>	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
FEMLYV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1 MG- 20 MCG ( <b>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</b> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Gemily Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</b> (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Iclevia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol</b> (Isibloom Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>ethinyl estradiol/drospirenone</b> (Jasmiel (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
JOLESSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91) <b>(levonorgestrel/ethinyl estradiol)</b>	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron</b> (Joyeaux Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol</b> (Juleber Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</b> (Junel 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</b> (Junel 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Junel Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Junel Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Junel Fe 24 Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Kaitlib Fe Oral Tablet, Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>desogestrel-ethinyl estradiol</b> (Kalliga Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol</b> (Kelnor 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol</b> (Kelnor 1-50 (28) Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Kurvelo (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</b> (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</b> (Larin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Larin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Larin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Larin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LAYOLIS FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4) ( <i>norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> )	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i>	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Levora-28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Loestrin Fe 1/20 (28-Day) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Loryna (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</b> (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</b> (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> (Mili Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) ( <b>drospirenone/estetrol</b> )	\$0	CT; EHB
<b>ethinyl estradiol/drospirenone</b> (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)</i>	\$0	CT; EHB
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) ( <i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> )	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)</i>	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)</i>	\$0	CT; EHB
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG ( <i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> )	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol (Philiith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)</i>	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol (Portia 28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)</i>	\$0	CT; EHB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)</i>	\$0	CT; EHB
SAFYRAL ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG (21) (7) ( <i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	\$0	CT; EHB
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>ethinyl estradiol/drospirenone</b> (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Tarina Fe 1-20 Eq (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
TAYTULLA ORAL CAPSULE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) ( <b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> )	\$0	CT; EHB
<b>norgestrel-ethinyl estradiol</b> (Turqoz (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG ( <b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> )	\$0	CT; EHB
<b>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</b> (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	\$0	CT; EHB
<b>ethinyl estradiol/drospirenone</b> (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> (Vylibra Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Wymzya Fe Oral Tablet, Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
YASMIN (28) ORAL TABLET 3-0.03 MG ( <b>ethinyl estradiol/drospirenone</b> )	\$0	CT; EHB
YAZ (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG ( <b>ethinyl estradiol/drospirenone</b> )	\$0	CT; EHB
<b>ethinyl estradiol/drospirenone</b> (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol</b> (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>ethinyl estradiol/drospirenone</b> (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivo Oral - Progestina - Píldoras Anticonceptivas</b>		
<b>norethindrone</b> (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone</b> (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone</b> (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone</b> (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone</b> (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone</b> (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone</b> (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone</b> (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone</b> (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG ( <b>norethindrone</b> )	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</b>	\$0	CT; EHB
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG ( <b>norgestrel</b> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ORTHO MICRONOR ORAL TABLET 0.35 MG ( <i>norethindrone</i> )	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) ( <i>drospirenone</i> )	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Píldoras Anticonceptivas</b>		
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	\$0	CT; EHB
NATAZIA ORAL TABLET 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG ( <i>estradiol valerate/dienogest</i> )	\$0	CT; EHB
QUARTETTE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG ( <i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i> )	\$0	CT; EHB
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG ( <i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivo Oral - Trifásico - Píldoras Anticonceptivas</b>		
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Alyacen 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Enpresse Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG ( <i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>levonorgestrel/ethinyl estradiol</b> (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
<b>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</b>	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</b>	\$0	CT; EHB
<b>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</b>	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> (Nylia 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
ORTHO TRI-CYCLEN (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG (28) ( <b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> )	\$0	CT; EHB
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG ( <b>norethindrone-ethinyl estradiol</b> )	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	\$0	CT; EHB
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
<b>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</b> (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	\$0	CT; EHB
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<b>Combinaciones Anticonceptivas Transdérmicas - Combinación de Estrógeno y Progestina - Píldoras Anticonceptivas</b>		
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	\$0	CT; EHB
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR ( <i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> )	\$0	CT; EHB
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i> (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i> (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivos - Intravaginales, Sistémicos - Combinación de Estrógenos y Progestinas - Píldoras Anticonceptivas</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ANNOVERA VAGINAL RING 0.15-0.013 MG/24 HOUR ( <i>segesterone acetate/ethinyl estradiol</i> )	\$0	CT; EHB
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0	CT; EHB
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24 HR ( <i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivos de Emergencia - Píldoras Anticonceptivas</b>		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
CURAE ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
ELLA ORAL TABLET 30 MG ( <i>ulipristal acetate</i> )	\$0	CT; EHB
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
JULIE ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	\$0	CT; EHB
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
PLAN B ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivos de Emergencia - Tipo Agonista/Antagonista de Progesterona - Píldoras Anticonceptivas</b>		
ELLA ORAL TABLET 30 MG ( <i>ulipristal acetate</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Anticonceptivos de Emergencia - Tipo de Progestina - Píldoras Anticonceptivas</b>		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
CURAE ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
JULIE ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
<b><i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i></b>	\$0	CT; EHB
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
PLAN B ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG ( <i>levonorgestrel</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Espermicidas - Píldoras Anticonceptivas</b>		
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % ( <i>nonoxynol 9</i> )	\$0	CT; EHB
VCF CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % ( <i>nonoxynol 9</i> )	\$0	CT; EHB
VCF CONTRACEPTIVE GEL VAGINAL GEL 4 % ( <i>nonoxynol 9</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Dermatológico</b>		
<b>Agentes para la Dermatitis, MAb Antagonista del Receptor Alfa de IL-31 Sistémico</b>		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 30 MG ( <i>nemolizumab-ilto</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes de Crecimiento del Cabello - Inhibidor de Quinasa</b>		
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG ( <i>ritlecitinib tosylate</i> )	Nivel 4	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG ( <i>baricitinib</i> )	Nivel 4	PA
<b>Dermatológico - Medicamentos para la Piel</b>		
<b>Terapia del Acné Sistémica - Retinoides y Derivados - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>isotretinoin</i> (Accutane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>isotretinoin</i> (Amnesteem Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
<i>isotretinoin</i> (Claravis Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>isotretinoin</i> (Zenatane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
<b>Terapia Tópica del Acné - Inhibidores de los Receptores de Andrógenos - Medicamentos para la Piel</b>		
WINLEVI TOPICAL CREAM 1 % ( <i>clascoterone</i> )	Nivel 3	PA
<b>Terapia del Acné Tópica - Antiinfecciosa - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % ( <i>azelaic acid</i> )	Nivel 3	ST
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 5 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Nivel 1	ST
<i>erythromycin base in ethanol</i> (Ery Pads Topical Swab 2 %)	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % ( <i>azelaic acid</i> )	Nivel 2	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % ( <i>sulfacetamide sodium/niacinamide</i> )	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Nivel 1	
<b>Terapia del Acné Tópica – Otras Combinaciones Antiinfecciosas - Medicamentos para la Piel</b>		
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % ( <i>dapsone/spironolactone/niacinamide</i> )	Nivel 3	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % ( <i>dapsone/niacinamide</i> )	Nivel 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % ( <i>dapsone/spironolactone/niacinamide</i> )	Nivel 3	
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % ( <i>dapsone/niacinamide</i> )	Nivel 3	
<b>Terapia del Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosas y Queratolíticas - Medicamentos para la Piel</b>		
BP 10-1 TOPICAL CLEANSER 10-1 % ( <i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> )	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % ( <i>sulfacetamide sodium/sulfur/urea</i> )	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -5 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Nivel 1	ST
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -3.75 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i> (Neuac Topical Gel 1.2 %(1 % Base) -5 %)	Nivel 1	
ROSULA CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 10-5 % ( <i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % ( <i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> )	Nivel 3	
SSS 10-5 TOPICAL CREAM 10-5 % (W/W) ( <i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> )	Nivel 1	
SSS 10-5 TOPICAL FOAM 10-5 % ( <i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> )	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-2 %, 9-4 %, 9-4.5 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Nivel 1	QL (1419 GM por 1 SURTIDO)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 8-4 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML por 1 SURTIDO)
<b>Terapia Tópica del Acné - Combinaciones Antiinfecciosas y Retinoides - Medicamentos para la Piel</b>		
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % ( <i>adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate</i> )	Nivel 3	
CABTREO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % ( <i>adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate</i> )	Nivel 3	PA
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % ( <i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i> )	Nivel 3	
DEOXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % ( <i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % ( <i>tretinoin/dapsone/niacinamide</i> )	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % ( <i>tretinoin/dapsone/niacinamide</i> )	Nivel 3	
INZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % ( <i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i> )	Nivel 3	
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % ( <i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin</i> )	Nivel 3	
ONZDEAXIADEMVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % ( <i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin</i> )	Nivel 3	
ONZDEAXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % ( <i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i> )	Nivel 3	
<b>Terapia Tópica del Acné - Queratolítico - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>benzoyl peroxide topical foam 9.8 %</i>	Nivel 1	
BPO TOPICAL GEL 8 % ( <i>benzoyl peroxide</i> )	Nivel 1	
PACNEX HP TOPICAL PADS, MEDICATED 7 % ( <i>benzoyl peroxide</i> )	Nivel 3	
PACNEX LP TOPICAL PADS, MEDICATED 4.25 % ( <i>benzoyl peroxide</i> )	Nivel 3	
PR BENZOYL PEROXIDE TOPICAL CLEANSER 7 % ( <i>benzoyl peroxide microspheres</i> )	Nivel 1	
<b>Terapia Tópica del Acné - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel</b>		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % ( <i>benzoyl peroxide/hydrocortisone</i> )	Nivel 2	
<b>Terapia Tópica del Acné - Combinaciones de Retinoides Otros - Medicamentos para la Piel</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump 0.1-2.5 %, 0.3-2.5 %</i>	Nivel 1	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % ( <i>tretinoin/niacinamide</i> )	Nivel 3	
OXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-4 % ( <i>tretinoin/niacinamide</i> )	Nivel 3	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % ( <i>tretinoin/niacinamide</i> )	Nivel 3	
<b>Terapia Tópica del Acné - Retinoides y Derivados - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	Edad (Máx 39 Años)
AKLIEF TOPICAL CREAM 0.005 % ( <i>trifarotene</i> )	Nivel 3	ST; Edad (Máx 39 Años)
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % ( <i>tretinoin</i> )	Nivel 3	
AVITA TOPICAL CREAM 0.025 % ( <i>tretinoin</i> )	Nivel 1	
AVITA TOPICAL GEL 0.025 % ( <i>tretinoin</i> )	Nivel 1	
DIFFERIN TOPICAL LOTION 0.1 % ( <i>adapalene</i> )	Nivel 3	Edad (Máx 39 Años)
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.06 % ( <i>tretinoin microspheres</i> )	Nivel 3	ST; Edad (Máx 39 Años)
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Edad (Máx 39 Años)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Edad (Máx 39 Años)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.08 %</i>	Nivel 1	ST; Edad (Máx 39 Años)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
<b>Antipsoriático - Retinoide (Derivado de la Vitamina A) - Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % ( <i>halobetasol propionate/tazarotene</i> )	Nivel 3	ST; QL (200 GM por 28 días)
<b>Antipsoriático - Análogo de Vitamina D - Combinaciones de Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcipotriene-betamethasone topical suspension 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 % ( <i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i> )	Nivel 3	ST
WYNZORA TOPICAL CREAM 0.005-0.064 % ( <i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i> )	Nivel 3	ST
<b>Agentes Antipsoriáticos - Inhibidores de Interleucina 12 e IL-23, Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel</b>		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Interleucina-23 (IL-23), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel</b>		
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML ( <i>tildrakizumab-asmn</i> )	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML ( <i>risankizumab-rzaa</i> )	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML ( <i>risankizumab-rzaa</i> )	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML ( <i>guselkumab</i> )	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML ( <i>guselkumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Receptor de Interleucina-36 (IL-36), MC - Medicamentos para la Piel</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML ( <i>spesolimab-sbzo</i> )	Nivel 4	PA
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML ( <i>spesolimab-sbzo</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Antipsoriáticos - Inhibidor de Tirosina Quinasa 2 (TYK2) - Medicamentos para la Piel</b>		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG ( <i>deucravacitinib</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Interleucina-17 (IL-17), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel</b>		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML ( <i>bimekizumab-bkzx</i> )	Nivel 4	PA
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML ( <i>bimekizumab-bkzx</i> )	Nivel 4	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML) ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML ( <i>brodalumab</i> )	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML ( <i>ixekizumab</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML ( <i>ixekizumab</i> )	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML ( <i>ixekizumab</i> )	Nivel 4	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 80 MG/ML ( <i>ixekizumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Dermatitis - Inhibidores de Janus Kinase (JAK) - Medicamentos para la Piel</b>		
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG ( <i>abrocitinib</i> )	Nivel 4	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % ( <i>ruxolitinib phosphate</i> )	Nivel 2	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG ( <i>upadacitinib</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para la Dermatitis Sistémica - Inhibidores de la Interleucina-13 MAb - Medicamentos para la Piel</b>		
ADBRY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML ( <i>tralokinumab-ldrm</i> )	Nivel 4	PA
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML ( <i>tralokinumab-ldrm</i> )	Nivel 4	PA
EBGLYSS PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 250 MG/2 ML ( <i>lebrikizumab-lbkz</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para la Dermatitis, MAb Antagonista del Receptor Alfa de IL-4 Sistémico (IL-4Ra) - Medicamentos para la Piel</b>		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML ( <i>dupilumab</i> )	Nivel 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML ( <i>dupilumab</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agentes Tópicos para Dermatitis o Eccema -Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 - Medicamentos para la Piel</b>		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % ( <i>crisaborole</i> )	Nivel 2	ST
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.15 % ( <i>roflumilast</i> )	Nivel 3	PA
<b>Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
<b>Dermatológico - Antibacteriano Otro - Medicamentos para la Piel</b>		
BASADROX TOPICAL GEL IN PACKET ( <i>silver</i> )	Nivel 3	
CENTANY AT TOPICAL OINTMENT KIT 2 % ( <i>mupirocin</i> )	Nivel 3	
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
NORMLGEL AG TOPICAL GEL 0.11 % ( <i>silver carbonate</i> )	Nivel 3	
<i>silver nitrate topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>silver nitrate topical solution 10 %, 25 %, 50 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Derivados Antibacterianos de la Pleuromutilina - Medicamentos para la Piel</b>		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT 1 % ( <i>retapamulin</i> )	Nivel 3	ST
<b>Dermatológico - Quinolonas Antibacterianas - Medicamentos para la Piel</b>		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % ( <i>ozenoxacin</i> )	Nivel 3	ST

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Dermatológico - Agente Antibacteriano y Antifúngico con Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Combinaciones de Antibacterianos y Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel</b>		
NEO-SYNALAR KIT TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % ( <i>neomycin sulfate/fluocinolone acetonide/emollient comb no.65</i> )	Nivel 3	ST
NEO-SYNALAR TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % ( <i>neomycin sulfate/fluocinolone acetonide</i> )	Nivel 3	ST
<b>Dermatológico - Agentes Anticolinérgicos para el Tratamiento de la Hiperhidrosis - Medicamentos para la Piel</b>		
QBREXZA TOPICAL TOWELETTE 2.4 % ( <i>glycopyrronium tosylate</i> )	Nivel 2	PA
SOFDRA TOPICAL GEL WITH PUMP 12.45 % (72 MG /ACTUATION) ( <i>sofpironium bromide</i> )	Nivel 3	PA
<b>Dermatológico - Alilaminas Antifúngicas - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>naftifine topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM por 1 SURTIDO)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Macrólidos Poliénicos Anfóteros Antimicóticos - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>nystatin</i> (Klayesta Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>nystatin</i> (Nyamyc Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
<i>nystatin</i> (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Bencilaminas Antifúngicas - Medicamentos para la Piel</b>		
MENTAX TOPICAL CREAM 1 % ( <i>butenafine hcl</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones Antifúngicas Otros - Medicamentos para la Piel</b>		
EXODERM TOPICAL LOTION 25-1 % ( <i>sodium thiosulfate/salicylic acid</i> )	Nivel 1	
HEXIOUNYL TOPICAL LOTION 3-5-20 % ( <i>ciclopirox olamine/itraconazole/urea</i> )	Nivel 3	
PHEDRAX TOPICAL SHAMPOO 2-2 % ( <i>ketoconazole/salicylic acid</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Hidroxipiridinona Antifúngica - Medicamentos para la Piel</b>		
CICLODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % ( <i>ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.28</i> )	Nivel 3	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM por 1 SURTIDO)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML por 1 SURTIDO)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML por 1 SURTIDO)
HAXDRAX TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % ( <i>ciclopirox olamine/salicylic acid</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HIXDEFRIMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % ( <i>ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine hcl</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Imidazol Antifúngico y Agentes Relacionados - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
<i>econazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (170 GM por 1 SURTIDO)
ECOZA TOPICAL FOAM 1 % ( <i>econazole nitrate</i> )	Nivel 3	
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 % ( <i>sulconazole nitrate</i> )	Nivel 2	
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 % ( <i>sulconazole nitrate</i> )	Nivel 2	
<i>ketconazole topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM por 1 SURTIDO)
<i>ketconazole topical shampoo 2 %</i>	Nivel 1	QL (360 ML por 1 SURTIDO)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % ( <i>ketconazole/skin cleanser combination no.28</i> )	Nivel 3	
<i>luliconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST; QL (60 GM por 28 días)
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet topical ointment 0.25-15-81.35 %</i>	Nivel 1	
<i>oxiconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM por 1 SURTIDO)
OXISTAT TOPICAL LOTION 1 % ( <i>oxiconazole nitrate</i> )	Nivel 3	
<i>sulconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>sulconazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Oxaborol Antifúngico - Medicamentos para la Piel</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Nivel 1	PA
<b>Dermatológico - Combinaciones de Antifúngicos y Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
DERMAZENE TOPICAL CREAM IN PACKET 1-1 % ( <i>hydrocortisone/iodoquinol</i> )	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol topical cream 1-1 %</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	Nivel 1	QL (180 GM por 1 SURTIDO)
<b>Dermatológico - Agentes Alquilantes Antineoplásicos - Medicamentos para la Piel</b>		
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % ( <i>mechlorethamine hcl</i> )	Nivel 4	PA
<b>Dermatológico - Antimetabolitos Antineoplásicos - Medicamentos para la Piel</b>		
FLUOROPLEX TOPICAL CREAM 1 % ( <i>fluorouracil</i> )	Nivel 3	PA
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	PA
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Nivel 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % ( <i>fluorouracil</i> )	Nivel 2	
<b>Dermatológico - Lesiones Antineoplásicas o Premalignas - Antimicrotúbulos - Medicamentos para la Piel</b>		
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % ( <i>tirbanibulin</i> )	Nivel 2	QL (5 EA por 1 SURTIDO)
<b>Dermatológico - Lesiones Antineoplásicas o Premalignas - AINE (NSAID) - Medicamentos para la Piel</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	Nivel 1	QL (100 GM por 1 SURTIDO)
<b>Dermatológico - Retinoides Antineoplásicos - Medicamentos para la Piel</b>		
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % ( <i>alitretinoin</i> )	Nivel 4	QL (60 GM por 28 días)
<b>Dermatológico - Agonista Antineoplásico Selectivo del Receptor del Retinoide X - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Nivel 4	PA
<b>Dermatológico - Antitranspirantes - Medicamentos para la Piel</b>		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % ( <i>aluminum chloride</i> )	Nivel 2	
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % ( <i>aluminum chloride</i> )	Nivel 2	
<b>Dermatológico - Agentes Antipsoriáticos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Agentes Sistémicos Antipsoriáticos, Derivados de la Vitamina A - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	
<b>Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriáticos - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcipotriene topical foam 0.005 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcitriol topical ointment 3 mcg/gram</i>	Nivel 1	ST
DIOOXIA TOPICAL CREAM 0.005-4 % ( <i>calcipotriene/niacinamide</i> )	Nivel 3	
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % ( <i>anthralin</i> )	Nivel 2	ST

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % ( <i>calcipotriene</i> )	Nivel 3	ST
<i>tazarotene topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	Edad (Máx 39 Años)
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Edad (Máx 39 Años)
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % ( <i>tapinarof</i> )	Nivel 3	PA
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % ( <i>anthralin micronized</i> )	Nivel 3	ST
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % ( <i>roflumilast</i> )	Nivel 3	PA
<b>Dermatológico - Antipsoriáticos Sistémicos, Inhibidor de la Fosfodiesterasa 4 - Medicamentos para la Piel</b>		
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG ( <i>apremilast</i> )	Nivel 4	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) ( <i>apremilast</i> )	Nivel 4	PA
<b>Dermatológico - Antiseborreico - Medicamentos para la Piel</b>		
OVACE PLUS SHAMPOO TOPICAL SHAMPOO 10 % ( <i>sulfacetamide sodium</i> )	Nivel 2	
OVACE PLUS TOPICAL CREAM 10 % ( <i>sulfacetamide sodium</i> )	Nivel 3	
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % ( <i>sulfacetamide sodium</i> )	Nivel 3	ST
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %, 9.8 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % ( <i>selenium sulfide</i> )	Nivel 3	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % ( <i>roflumilast</i> )	Nivel 3	PA
<b>Dermatológico - Antiviral, Herpes - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico – Productos para Quemaduras - Medicamentos para la Piel</b>		
NEXOBRID POWDER COMPONENT TOPICAL POWDER ( <i>anacaulase-bcdb</i> )	Nivel 3	
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % ( <i>anacaulase-bcdb</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Productos para Quemaduras Antiinfecciosos - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % ( <i>silver sulfadiazine</i> )	Nivel 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G ( <i>mafenide acetate</i> )	Nivel 3	
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM ( <i>mafenide acetate</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Inhibidores de Calcineurina - Medicamentos para la Piel</b>		
NUJO TOPICAL SOLUTION 0.1 % ( <i>tacrolimus</i> )	Nivel 3	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<b>Dermatológico - Agentes Despigmentantes - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>hydroquinone topical cream 4 %</i>	Nivel 1	
OBAGI ELASTIDERM TOPICAL CREAM 4 % ( <i>hydroquinone</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OBAGI NU-DERM BLENDER TOPICAL CREAM 4 % ( <i>hydroquinone</i> )	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM CLEAR TOPICAL CREAM 4 % ( <i>hydroquinone</i> )	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Combinaciones Despigmentantes - Medicamentos para la Piel</b>		
KATARAXAP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % ( <i>hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide</i> )	Nivel 3	
KATARVIA TOPICAL EMULSION 4-0.025 % ( <i>hydroquinone/tretinoin</i> )	Nivel 3	
KEVARAXAP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % ( <i>hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide</i> )	Nivel 3	
KEVARTIA TOPICAL EMULSION 6-0.05 % ( <i>hydroquinone/tretinoin</i> )	Nivel 3	
KOTARAXAP TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % ( <i>hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide</i> )	Nivel 3	
KUTAR TOPICAL EMULSION 8-0.025 % ( <i>hydroquinone/tretinoin</i> )	Nivel 3	
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % ( <i>hydroquinone/tretinoin</i> )	Nivel 3	
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %- SPF 15 ( <i>hydroquinone/sunscreens oxybenzone/octinoxate</i> )	Nivel 3	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % ( <i>hydroquinone/ascorbic acid</i> )	Nivel 3	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % ( <i>hydroquinone/ascorbic acid/vit e acetate (d-alpha tocoph)</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TRI-LUMA TOPICAL CREAM 0.01-4-0.05 % ( <i>fluocinolone acetonide/tretinoin/hydroquinone</i> )	Nivel 3	
YOKATAR TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % ( <i>hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones de Emolientes Otros - Medicamentos para la Piel</b>		
MB HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % ( <i>emol53/e. water/namgfs/naphos/nacl/hypo chlorous acid/nahypocl</i> )	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Mezclas de Emolientes - Medicamentos para la Piel</b>		
ATRAPRO CP TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL ( <i>emollient combination no.47/emollient combination no.60</i> )	Nivel 3	
PRESERA TOPICAL FOAM ( <i>emollient combination no.80</i> )	Nivel 3	
XCLAIR TOPICAL CREAM ( <i>hyaluronate sodium/vit e/emollient no.12/allantoin/sheatree</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Emolientes - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Nivel 1	
KERASTAT TOPICAL CREAM ( <i>keratin</i> )	Nivel 3	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % ( <i>keratin</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Enzimas - Medicamentos para la Piel</b>		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM ( <i>collagenase clostridium histolyticum</i> )	Nivel 3	PA
<b>Dermatológico - Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel</b>		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % ( <i>hydrocortisone</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
<b>hydrocortisone</b> (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Nivel 1	
<b>hydrocortisone</b> (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Nivel 1	ST
<b>alclometasone topical cream 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>alclometasone topical ointment 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>amcinonide topical cream 0.1 %</b>	Nivel 1	ST
<b>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</b>	Nivel 1	
CAPEX TOPICAL SHAMPOO 0.01 % ( <b>fluocinolone acetonide</b> )	Nivel 3	
<b>clobetasol scalp solution 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>clobetasol topical cream 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>clobetasol topical foam 0.05 %</b>	Nivel 1	
<b>clobetasol topical gel 0.05 %</b>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical spray,non-aerosol 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clocortolone pivalate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE 4 MCG/CM2 ( <i>flurandrenolide</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 30 días)
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.025 % ( <i>flurandrenolide</i> )	Nivel 3	ST
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	ST
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical spray,non-aerosol 0.25 %</i>	Nivel 1	ST
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide/emollient base</i> (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>flurandrenolide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	ST
<i>flurandrenolide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>flurandrenolide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	ST; QL (180 GM por 30 días)
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>halcinonide topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % ( <i>halcinonide</i> )	Nivel 3	ST
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % ( <i>halcinonide</i> )	Nivel 3	ST
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	ST; QL (236 ML por 30 días)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</b>	Nivel 1	
<b>hydrocortisone topical lotion 2 %</b>	Nivel 1	ST
<b>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</b>	Nivel 1	
<b>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</b>	Nivel 1	
<b>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</b>	Nivel 1	
<b>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</b>	Nivel 1	ST
<b>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</b>	Nivel 1	
<b>mometasone topical cream 0.1 %</b>	Nivel 1	
<b>mometasone topical ointment 0.1 %</b>	Nivel 1	
<b>mometasone topical solution 0.1 %</b>	Nivel 1	
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % ( <b>hydrocortisone probutate</b> )	Nivel 3	ST; QL (160 GM por 30 días)
<b>prednicarbate topical cream 0.1 %</b>	Nivel 1	
<b>prednicarbate topical ointment 0.1 %</b>	Nivel 1	
<b>hydrocortisone</b> (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
PROCTO-PAK TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 1 % ( <b>hydrocortisone</b> )	Nivel 1	
<b>hydrocortisone</b> (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
<b>hydrocortisone</b> (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % ( <b>hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no. 1</b> )	Nivel 2	
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % ( <b>betamethasone dipropionate</b> )	Nivel 3	ST
TEXACORT TOPICAL SOLUTION 2.5 % ( <b>hydrocortisone</b> )	Nivel 2	ST

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (454 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Triderm Topical Cream 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Triderm Topical Cream 0.5 %)	Nivel 1	QL (454 GM por 30 días)
<b>Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides Otros - Medicamentos para la Piel</b>		
ACIOXIA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % ( <i>triamcinolone acetonide/pentoxifylline</i> )	Nivel 3	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % ( <i>desoximetasone/niacinamide</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides y Emolientes - Medicamentos para la Piel</b>		
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % ( <i>hydrocortisone acetate/aloe vera</i> )	Nivel 3	
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % ( <i>fluocinolone acetonide/emollient combination no.65</i> )	Nivel 3	QL (375 GM por 30 días)
SYNALAR OINTMENT KIT TOPICAL COMBO PACK,OINTMENT AND CREAM 0.025 % ( <i>fluocinolone acetonide/emollient combination no.65</i> )	Nivel 3	QL (375 GM por 30 días)
<b>Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides y Anestésicos Locales - Medicamentos para la Piel</b>		
ANALPRAM-HC TOPICAL LOTION 2.5-1 % ( <i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> )	Nivel 2	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EPIFOAM TOPICAL FOAM 1-1 % ( <i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> )	Nivel 3	ST
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac topical cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	
PRAMOSONE TOPICAL CREAM 1-1 % ( <i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> )	Nivel 2	ST
PRAMOSONE TOPICAL LOTION 1-1 %, 2.5-1 % ( <i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> )	Nivel 2	
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 1-1 % ( <i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> )	Nivel 2	ST
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 2.5-1 % ( <i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> )	Nivel 2	
<b>Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides y Limpiador de la Piel - Medicamentos para la Piel</b>		
CLODAN KIT TOPICAL KIT, SHAMPOO AND CLEANSER 0.05 % ( <i>clobetasol propionate/skin cleanser combination no.28</i> )	Nivel 3	
SYNALAR TS TOPICAL KIT 0.01 % ( <i>fluocinolone acetonide/skin cleanser comb no.28</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Inmunomodulador - Imidazoquinolinaminas - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<b>Dermatológico - Inmunomodulador - Interferones - Medicamentos para la Piel</b>		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5 MILLION UNIT/ML ( <i>interferon alfa-n3</i> )	Nivel 4	
<b>Dermatológico - Combinaciones de Inmunomoduladores - Medicamentos para la Piel</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % ( <i>imiquimod/tretinoin/salicylic acid</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones Queratolíticas Otros - Medicamentos para la Piel</b>		
NENDRUX TOPICAL GEL 40-5 % ( <i>salicylic acid/lidocaine</i> )	Nivel 3	
PRONAL TOPICAL GEL 10-40 % ( <i>lactic acid/urea</i> )	Nivel 3	
URAMAXIN GT TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 45 % ( <i>urea/emollient combination no.65</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones Queratolíticas-Antimitóticas - Medicamentos para la Piel</b>		
SALVAX DUO PLUS TOPICAL FOAM 6-35 % ( <i>salicylic acid/urea</i> )	Nivel 3	
<i>silver nitrate applicators topical stick 75-25 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Agentes Únicos Queratolíticos-Antimitóticos - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>cantharidin in acetone topical solution 0.7 %</i>	Nivel 1	
CEM-UREA TOPICAL GEL 45 % ( <i>urea</i> )	Nivel 1	
HYDRO 35 TOPICAL FOAM 35 % ( <i>urea</i> )	Nivel 3	
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % ( <i>podophyllum resin</i> )	Nivel 1	
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Nivel 1	ST; QL (0.5 GM por 1 día)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (0.5 ML por 1 día)
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical cream, extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>salicylic acid topical foam 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical liquid 26 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical shampoo 6 %</i>	Nivel 1	
SALIMEZ FORTE TOPICAL CREAM 10 % ( <i>salicylic acid</i> )	Nivel 3	
SALVAX TOPICAL FOAM 6 % ( <i>salicylic acid</i> )	Nivel 1	
TRI-CHLOR TOPICAL SOLUTION 80 % ( <i>trichloroacetic acid</i> )	Nivel 3	
ULTRASAL-ER TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28.5 % ( <i>salicylic acid</i> )	Nivel 3	
URAMAXIN TOPICAL FOAM 20 % ( <i>urea</i> )	Nivel 3	
UREA NAIL STICK TOPICAL SOLUTION 50 % ( <i>urea</i> )	Nivel 1	
<i>urea topical cream 39 %, 40 %, 45 %, 47 %, 50 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical foam 35 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical gel 45 %</i>	Nivel 1	
XALIX TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28 % ( <i>salicylic acid</i> )	Nivel 3	
YCANTH TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.7 % ( <i>cantharidin</i> )	Nivel 3	PA
<b>Dermatológico - Complejo Derivado Del Hígado - Medicamentos para la Piel</b>		
NEXAVIR INJECTION SOLUTION 25.5 MG/ML ( <i>liver extract (beef-pork)</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones de Anestésicos Locales - Medicamentos para la Piel</b>		
CETACAINE ANESTHETIC TOPICAL LIQUID 2-2-14 % ( <i>tetracaine/benzocaine/butamben</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CETACAINE TOPICAL AEROSOL, SPRAY 2 %-2 %-14 % (200 MG/SEC) ( <i>tetracaine/benzocaine/butamben</i> )	Nivel 3	
ENZNONUTY TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % ( <i>lidocaine/tetracaine/benzocaine</i> )	Nivel 3	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Combinaciones de Gases Anestésicos Locales - Medicamentos para la Piel</b>		
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR TOPICAL AEROSOL, SPRAY ( <i>norflurane/pentafluoropropane (hfc 245fa)</i> )	Nivel 3	
CRYODOSE TA MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY ( <i>norflurane/pentafluoropropane (hfc 245fa)</i> )	Nivel 3	
SPRAY AND STRETCH TOPICAL AEROSOL, SPRAY ( <i>norflurane/pentafluoropropane (hfc 245fa)</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Agentes Únicos de Gas Anestésico Local - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>ethyl chloride topical aerosol, spray 100 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Inhibidores del Objetivo de la Rapamicina (mTOR) en Mamíferos - Medicamentos para la Piel</b>		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % ( <i>sirolimus</i> )	Nivel 4	PA
<b>Dermatológico - Agentes Individuales Varios - Medicamentos para la Piel</b>		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % ( <i>baclofen</i> )	Nivel 3	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % ( <i>gabapentin</i> )	Nivel 3	
<i>sodium chloride topical solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Agentes Únicos AINE (NSAID) - Medicamentos para la Piel</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
LICART TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1.3 % ( <i>diclofenac epolamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Dermatológico - Agentes de Terapia Fotodinámica Tópico - Medicamentos para la Piel</b>		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % ( <i>aminolevulinic acid hcl</i> )	Nivel 3	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % ( <i>aminolevulinic acid hcl</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones de Protectores - Medicamentos para la Piel</b>		
PR CREAM TOPICAL CREAM ( <i>protectives combination no.2/ceramides 1,3,6-ii</i> )	Nivel 1	
RECEDO TOPICAL GEL ( <i>polydimethylsiloxanes/silicon dioxide</i> )	Nivel 3	
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % ( <i>hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylen e glycol</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Protectores - Medicamentos para la Piel</b>		
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET ( <i>petrolatum,white</i> )	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Retinoides (Derivados de la Vitamina A) - Cosmético Tópico - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<b>Dermatológico - Terapia Tópica para la Rosácea - Medicamentos para la Piel</b>		
AVEIDA TOPICAL GEL 1-1 % ( <i>ivermectin/metronidazole</i> )	Nivel 3	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % ( <i>azelaic acid</i> )	Nivel 3	ST
<i>brimonidine topical gel with pump 0.33 %</i>	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % ( <i>sulfacetamide sodium/sulfur/urea</i> )	Nivel 1	
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % ( <i>brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide</i> )	Nivel 3	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % ( <i>brimonidine tartrate</i> )	Nivel 3	
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % ( <i>azelaic acid</i> )	Nivel 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % ( <i>metronidazole/mupirocin</i> )	Nivel 3	
<i>ivermectin topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole</i> (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML por 1 SURTIDO)
<b>Dermatológico - Adhesivos para Tejidos/Heridas - Selladores de Fibrina - Medicamentos para la Piel</b>		
ARTISS TOPICAL SYRINGE 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (10ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (2 ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (4 ML) ( <i>thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML <i>(thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)</i>	Nivel 3	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML <i>(thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)</i>	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Amidas Anestésicas Locales Tópicas - Medicamentos para la Piel</b>		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % <i>(lidocaine hcl)</i>	Nivel 3	
<i>lidocaine</i> (Dermacinrx Lidocan Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
DERMACINRX LIDOGEL TOPICAL GEL 2.8 % <i>(lidocaine hcl)</i>	Nivel 3	
DERMACINRX LIDOREX TOPICAL GEL 2.8 % <i>(lidocaine hcl)</i>	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl</i> (Glydo Mucous Membrane Jelly In Applicator 2 %)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.05-0.5 % <i>(lidocaine hcl/racepinephrine hcl/tetracaine hcl)</i>	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL SOLUTION 4-0.05-0.5 % <i>(lidocaine hcl/racepinephrine hcl/tetracaine hcl)</i>	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.09-0.5 % <i>(lidocaine hcl/epinephrine bitartrate/tetracaine hcl)</i>	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.18-0.5 % <i>(lidocaine hcl/epinephrine bitartrate/tetracaine hcl)</i>	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lidocaine hcl topical cream 3 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM por 30 días)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine</i> (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>lidocaine</i> (Lidocan Iv Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>lidocaine</i> (Lidocan V Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3.25 % ( <i>lidocaine hcl</i> )	Nivel 3	
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % ( <i>lidocaine</i> )	Nivel 3	
LIDTOPIC TOPICAL CREAM, METERED- DOSE APPLICATOR 7.5 % ( <i>lidocaine</i> )	Nivel 3	
NUMBONEX TOPICAL LOTION 2.75 % ( <i>lidocaine hcl</i> )	Nivel 3	
NYNUTEY TOPICAL CREAM 23-7 % ( <i>lidocaine/tetracaine</i> )	Nivel 3	
REGENECARE TOPICAL GEL 2 % ( <i>lidocaine hcl/collagen</i> )	Nivel 3	
TRANZAREL TOPICAL GEL 4 % ( <i>lidocaine</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Ésteres Anestésicos Locales Tópicos - Medicamentos para la Piel</b>		
ANACAINE TOPICAL OINTMENT 10 % ( <i>benzocaine</i> )	Nivel 3	
<b>Dermatológico - Anestésico Local Tópico Otros - Medicamentos para la Piel</b>		
PRAKETAMIDE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 5 % ( <i>ketamine hcl</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Dermatológico - Agentes Únicos Irritantes y Contrairritantes - Medicamentos para la Piel</b>		
QUTENZA TOPICAL KIT 8 % ( <i>capsaicin/skin cleanser</i> )	Nivel 3	PA
<b>Matriz de Tejido Regenerativo Celular Humano - Medicamentos para la Piel</b>		
EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE TOPICAL SHEET 14 MM, 2 X 3 CM, 4 X 4 CM, 7 X 7 CM ( <i>human regenerative tissue matrix</i> )	Nivel 3	
GRAFIX CORE TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM ( <i>human regenerative tissue matrix</i> )	Nivel 3	
GRAFIX PRIME TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM ( <i>human regenerative tissue matrix</i> )	Nivel 3	
GRAFIX XC TOPICAL SHEET 7.5 X 15 CM ( <i>human regenerative tissue matrix</i> )	Nivel 3	
STRAVIX TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 3 X 6 CM ( <i>human regenerative tissue matrix</i> )	Nivel 3	
TRUSKIN TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 4 X 8 CM ( <i>human regenerative tissue matrix</i> )	Nivel 3	
<b>Protectores de Uñas - Medicamentos para la Piel</b>		
GENADUR (WITH LEXINAL) KIT 2,500 MCG ( <i>biotin/carbitol/equisetum xt/ethanol/hydroxypropyl chito/msm</i> )	Nivel 3	
<b>Apósitos de Piel de Cerdo, Sin Vida - Medicamentos para la Piel</b>		
MIRO3D TOPICAL SHEET 10 X 5 X 2 CM, 2 X 2 X 2 CM, 3 X 3 X 2 CM, 4 X 4 X 2 CM, 5 X 5 X 2 CM, 7 X 5 X 2 CM ( <i>extracellular matrix (ecm), porcine derived</i> )	Nivel 3	
MIRODERM FENESTRATED PLUS TOPICAL SHEET 3 X 3 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM ( <i>extracellular matrix (ecm), porcine derived, fenestrated</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MIRODERM FENESTRATED TOPICAL SHEET 2 X 2 CM, 2 X 3 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM ( <i>extracellular matrix (ecm), porcine derived, fenestrated</i> )	Nivel 3	
MIROTRACT TOPICAL SHEET 3 MM X 5 CM, 3 MM X 9 CM, 5 MM X 5 CM, 5 MM X 9 CM ( <i>extracellular matrix (ecm), porcine derived</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes Únicos Escabicida y Pediculicida - Medicamentos para la Piel</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Nivel 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % ( <i>benzyl alcohol</i> )	Nivel 3	
<b>Reemplazo de Piel, Apósitos de Tejido Vivo - Medicamentos para la Piel</b>		
APLIGRAF TOPICAL DISK ( <i>cultured skin substitute, human and bovine</i> )	Nivel 3	
<b>Cuidado de Heridas – Combinaciones de Limpiadores - Medicamentos para la Piel</b>		
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % ( <i>hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluor/e.water</i> )	Nivel 3	
<b>Cuidado de Heridas - Limpiadores - Medicamentos para la Piel</b>		
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % ( <i>sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid</i> )	Nivel 3	
<b>Cuidado de Heridas - Apósitos - Medicamentos para la Piel</b>		
L-MESITRAN SOFT TOPICAL GEL 40 % ( <i>honey</i> )	Nivel 3	
OMEZA TOPICAL OINTMENT IN PACKET ( <i>collagen, hydrolyzed/cod liver oil</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SILVASORB TOPICAL GEL,EXTENDED RELEASE ( <i>silver</i> )	Nivel 1	
<b>Cuidado de Heridas - Agentes de Factores de Crecimiento - Medicamentos para la Piel</b>		
REGANEX TOPICAL GEL 0.01 % ( <i>becaplermin</i> )	Nivel 2	DD
<b>Otras Combinaciones de Cuidados de Heridas - Medicamentos para la Piel</b>		
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % ( <i>birch bark extract</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes de Diagnóstico</b>		
<b>Medios de Contraste - Bario</b>		
ENTERO VU ORAL SUSPENSION 24 % ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
E-Z DISK ORAL TABLET 700 MG ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
E-Z-HD BARIUM ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 98 % ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
E-Z-PAQUE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 96 % (W/W) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
E-Z-PASTE ORAL CREAM 60 % ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
LIQUID E-Z PAQUE ORAL SUSPENSION 60 % (W/V) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
LIQUID POLIBAR PLUS ORAL SUSPENSION 105 % (W/V), 58 % (W/W) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
NEULUMEX ORAL SUSPENSION 0.1 % ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
POLIBAR ACB RECTAL ENEMA 96 % ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
READI-CAT 2 ORAL SUSPENSION 2 % (W/V) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TAGITOL V ORAL SUSPENSION 40 % (W/V) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
VARIBAR HONEY ORAL SUSPENSION 40 % (W/V) 29% (W/W) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
VARIBAR NECTAR ORAL SUSPENSION 40 % (W/V) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
VARIBAR PUDDING ORAL PASTE 40 % (W/V), 30% (W/W) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
VARIBAR THIN HONEY ORAL SUSPENSION 40 %(W/V), 29% (W/W)(1500 CPS) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
VARIBAR THIN LIQUID ORAL POWDER 81 % (W/W) ( <i>barium sulfate</i> )	Nivel 3	
<b>Medios de Contraste - Iónico Yodado</b>		
CYSTO-CONRAY II URETHRAL SOLUTION 17.2 % ( <i>iothalamate meglumine</i> )	Nivel 3	
CYSTOGRAFIN URETHRAL SOLUTION 30 % ( <i>diatrizoate meglumine</i> )	Nivel 3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE URETHRAL SOLUTION 18 % ( <i>diatrizoate meglumine</i> )	Nivel 3	
<i>diatrizoate meg-diatrizoat sod oral solution</i> 66-10 %	Nivel 1	
<i>diatrizoate meglumine/diatrizoate sodium</i> (Md-Gastroview Oral Solution 66-10 %)	Nivel 1	
<b>Medios de Contraste - No Iónico Yodado</b>		
OMNIPAQUE ORAL SOLUTION 12 MG IODINE/ML, 9 MG IODINE/ML ( <i>iohexol</i> )	Nivel 3	
<b>Medios de Contraste - Compuestos de Hierro por Resonancia Magnética</b>		
GASTROMARK ORAL SUSPENSION 175 MCG/ML IRON ( <i>ferumoxsil</i> )	Nivel 3	
<b>Medios de Contraste - Combinaciones de Agentes de Ultrasonido</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EXEM INTRAUTERINE INFUSION FOAM IN SYRINGE ( <i>hydroxyethylcellulose/glycerin in sterile water</i> )	Nivel 3	
<b>Diagnóstico - Pruebas de Infección</b>		
PYTEST KIT ORAL CAPSULE 37 KBQ (1 MICROCI) ( <i>urea(c14)</i> )	Nivel 3	
PYTEST ORAL CAPSULE 37 KBQ (1 MICROCI) ( <i>urea(c14)</i> )	Nivel 3	
<b>Diagnóstico – Pruebas de Orina Múltiples</b>		
CHEK-STIX CONTROL STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 10 MD STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 10/SG STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 2 GP STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 50B STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 7 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 9 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
COMBISTIX REAGENT STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
HEMA-COMBISTIX STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
LABSTIX REAGENT STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 10 SG STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 5 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 7 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MULTISTIX 8 SG STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 9 SG STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 9 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
URISTIX 4 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
URISTIX REAGENT STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
<b>Diagnóstico - Otro</b>		
SITZMARKS FOR KIDS ORAL CAPSULE 24 MARKERS ( <i>radiopaque pvc markers/barium sulfate</i> )	Nivel 3	
SITZMARKS ORAL CAPSULE 24 MARKERS ( <i>radiopaque pvc markers/barium sulfate</i> )	Nivel 3	
<b>Diagnóstico - Monitoreo Terapéutico-Toxicología-Pruebas de Abuso</b>		
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION ORAL KIT 600 MG ( <i>saliva collection device/ibuprofen</i> )	Nivel 3	
<b>Medicamento de Diagnóstico - Gastrointestinal Radiological Adjunct</b>		
VUEBLU SOLUTION 0.5 % ( <i>methylene blue</i> )	Nivel 3	
<b>Medicamentos de Diagnóstico - Función Metabólica</b>		
METOPIRONE ORAL CAPSULE 250 MG ( <i>metyrapone</i> )	Nivel 4	
<b>Medicamentos de Diagnóstico - Pulmonar</b>		
ARIDOL BRONCHIAL CHALLENGE INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 0-5-10-20-40 MG ( <i>mannitol</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>methacholine chloride inhalation solution for nebulization 0 mg/3 ml (0 mg/ml), 0 to 48 mg/3 ml, 0.1875 mg/3 ml (0.0625 mg/ml), 0.75 mg/3 ml (0.25 mg/ml), 12 mg/3 ml (4 mg/ml), 3 mg/3 ml (1 mg/ml), 48 mg/3 ml (16 mg/ml)</i>	Nivel 1	
PROVOCHOLINE INHALATION RECON SOLN 100 MG ( <i>methacholine chloride</i> )	Nivel 3	
XENOVUE PATIENT DOSE INHALATION GAS 1,000 ML ( <i>xenon xe-129 hyperpolarized</i> )	Nivel 3	
XENOVUE PREPARATION GAS BLEND INHALATION GAS 1,000 ML ( <i>xenon xe-129 hyperpolarized</i> )	Nivel 3	
<b>Medicamentos de Diagnóstico - Función Tiroidea</b>		
THYROGEN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 0.9 MG ( <i>thyrotropin alfa</i> )	Nivel 4	PA
<b>Radiofármacos de Diagnóstico - Imágenes de Perfusión Cerebral</b>		
XENON XE-133 INHALATION GAS 370 MBQ (10 MCI), 740 MBQ (20 MCI) ( <i>xenon 133 in carbon dioxide</i> )	Nivel 3	
<b>Radiofármacos de Diagnóstico - Endocrino</b>		
<i>sodium iodide-123 oral capsule 3.7 mbq (100 microci), 7.4 mbq (200 microci)</i>	Nivel 1	OCH
<i>sodium iodide-131 oral capsule 3.7 mbq (100 microci)</i>	Nivel 1	OCH
<b>Radiofármacos de Diagnóstico - Varios</b>		
<i>kit for tc 99m-sod thiosulfate recon soln 2 mg</i>	Nivel 3	
<b>Radiofármacos de Diagnóstico - Imágenes de Perfusión Pulmonar</b>		
XENON XE-133 INHALATION GAS 370 MBQ (10 MCI), 740 MBQ (20 MCI) ( <i>xenon 133 in carbon dioxide</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Radiofármacos de Diagnóstico - Reactivos de Radiomarcaje</b>		
<i>indium-111 chloride solution 5 mci/0.5 ml (185 mbq)</i>	Nivel 1	
<b>Agentes de Imágenes de Fluorescencia - Tejido Cerebral Maligno</b>		
GLEOLAN ORAL RECON SOLN 30 MG/ML ( <i>aminolevulinic acid hcl</i> )	Nivel 3	
<b>Medicamentos para Tratar la Disfunción Eréctil - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
<b>Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Prostaglandinas - Medicamentos para la Disfunción Eréctil</b>		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT 10 MCG, 20 MCG ( <i>alprostadil</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 5 días)
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL RECON SOLN 20 MCG, 40 MCG ( <i>alprostadil</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 5 días)
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SYRINGE 10 MCG, 20 MCG ( <i>alprostadil</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 5 días)
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT 10 MCG, 20 MCG, 40 MCG ( <i>alprostadil</i> )	Nivel 3	QL: 6 INYECCIONES EN 30 DÍAS
<b>Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Alfabloqueante, Vasodilatador Periférico - Medicamentos para la Disfunción Eréctil</b>		
IFE-BIMIX 30/1 INTRACAVERNOSAL SOLUTION 30 MG- 1 MG/ML ( <i>papaverine hcl/phentolamine mesylate in water</i> )	Nivel 1	
<b>Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Prostaglandina, Vasodilatador Periférico - Medicamentos para la Disfunción Eréctil</b>		
TRI-MIX (PAPAVRN-PHNTLMN-PGE1) INTRACAVERNOSAL RECON SOLN 150 MG-5 MG- 50 MCG ( <i>papaverine hcl/phentolamine mesylate/alprostadil</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Inhibidor de Fosfodiesterasa Tipo 5 Sel.cGMP - Medicamentos para la Disfunción Eréctil</b>		
<i>avanafil oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 5 días)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 5 días)
STENDRA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG ( <i>avanafil</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 5 días)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 5 días)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>vardeafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 5 días)
<i>vardeafil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 5 días)
<b>Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales</b>		
<b>Baja de Electrolitos - Inhibidores del Intercambiador de Sodio-Hidrógeno 3 (NHE3)</b>		
XPHOZAH ORAL TABLET 20 MG, 30 MG ( <i>tenapanor hcl</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
<b>Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales - Medicamentos Nutricionales</b>		
<b>Aminoácido - Derivados de Carnitina - Medicamentos Nutricionales</b>		
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	
<b>Aminoácidos, Ingrediente Único, Oral (No Inyectable) - Medicamentos Nutricionales</b>		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM ( <i>glutamine</i> )	Nivel 4	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 4	PA
<b>Vitaminas del Complejo B - Medicamentos Nutricionales</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
B COMPLEX 100 INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML ( <i>thiamine hcl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine</i> )	Nivel 1	
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML ( <i>thiamine hcl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine</i> )	Nivel 1	
<b>Diluyentes - Soluciones Diluyentes de Insulina - Medicamentos Nutricionales</b>		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION ( <i>diluent,insulin aspart combination no.1</i> )	Nivel 3	
<b>Diluyentes - Otros - Medicamentos Nutricionales</b>		
DILUENT FOR BICNU INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>diluent for carmustine (ethanol)</i> )	Nivel 4	
<i>diluent for decitabine intravenous solution</i>	Nivel 4	
DILUENT FOR ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE ( <i>diluent for leuprolide (polyglactin)</i> )	Nivel 4	
DILUENT FOR ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION 2.2 ML ( <i>diluent for romidepsin (propylene glycol)</i> )	Nivel 3	
DILUENT FOR JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION 5.7 ML ( <i>diluent for cabazitaxel (ethanol)</i> )	Nivel 4	
<i>diluent for melphalan intravenous solution 10 ml</i>	Nivel 4	
DILUENT FOR NOVOSEVEN RT SUBCUTANEOUS SYRINGE ( <i>diluent for coagulation factor vlla (histidine)</i> )	Nivel 4	
DILUENT FOR VIVITROL INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>diluent for naltrexone microspheres (carboxymethylcellulose)</i> )	Nivel 4	
<i>diluent, carmustine (ethanol) intravenous solution</i>	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diluent, romidepsin (prop gly) intravenous solution 2.2 ml</i>	Nivel 4	
<i>diluent, voretigene neparvovec subretinal solution</i>	Nivel 4	
STERILE HYDROGEL FOR JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL SOLUTION ( <i>diluent for mitomycin (hydroxypropyl,poloxam,polyethyl)</i> )	Nivel 3	
<b>Diluyentes - Cloruro de Sodio - Medicamentos Nutricionales</b>		
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride injection syringe 0.9 %</i>	Nivel 1	
<b>Diluyentes - Agua Esterilizada para Inyección - Medicamentos Nutricionales</b>		
BACTERIOSTATIC WATER-OGIVRI INJECTION SOLUTION ( <i>water for inj.,bacteriostatic</i> )	Nivel 1	
<i>water for injection, sterile injection solution</i>	Nivel 1	
<b>Diluyentes - Diluyentes de Vacunas - Medicamentos Nutricionales</b>		
DILUENT FOR ROTARIX ORAL SYRINGE ( <i>diluent for oral live rotavirus vaccine (calcium carbonate)</i> )	Nivel 3	
<b>Agotadores de Electrolitos - Resina de Intercambio Iónico - Medicamentos Nutricionales</b>		
<i>sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution</i> (Kionex (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM ( <i>sodium zirconium cyclosilicate</i> )	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution</b> (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML ( <b>sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution</b> )	Nivel 3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM ( <b>patiromer calcium sorbitex</b> )	Nivel 3	PA
<b>Soluciones de Irrigación - Medicamentos Nutricionales</b>		
<b>lactated ringers irrigation solution</b>	Nivel 3	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L ( <b>physiological irrigating solution no.1</b> )	Nivel 3	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L ( <b>physiological irrigating solution no.1</b> )	Nivel 3	
<b>ringer's irrigation solution</b>	Nivel 1	
<b>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</b>	Nivel 1	
TIS-U-SOL PENTALYTE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 800-40-20-8.75-6.25 MG/100 ML ( <b>sodium chloride/pot chloride/mag sul/sod phos,db/pot phos,mb</b> )	Nivel 3	
<b>water for irrigation, sterile irrigation solution</b>	Nivel 1	
<b>Minerales y Electrolitos - Yodo - Medicamentos Nutricionales</b>		
<b>potassium iodide oral solution 1 gram/ml</b>	Nivel 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML ( <b>potassium iodide</b> )	Nivel 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % ( <b>potassium iodide/iodine</b> )	Nivel 1	
<b>Minerales y Electrolitos - Hierro - Medicamentos Nutricionales</b>		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON ( <b>ferric citrate</b> )	Nivel 3	ST; QL (12 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG IRON/2 ML, 50 MG IRON/ML ( <i>ferric carboxymaltose</i> )	Nivel 4	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON ( <i>ferric pyrophosphate citrate</i> )	Nivel 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML ( <i>ferric pyrophosphate citrate</i> )	Nivel 3	
<b>Minerales y Electrolitos - Potasio, Oral - Medicamentos Nutricionales</b>		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ ( <i>potassium bicarbonate/citric acid</i> )	Nivel 3	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ ( <i>potassium bicarbonate/citric acid</i> )	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con M10 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 10 Meq)	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con M15 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 15 Meq)	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con M20 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 20 Meq)	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1	
<b>Multivitaminas - Medicamentos Nutricionales</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG ( <i>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</i> )	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG ( <i>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</i> )	Nivel 3	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG ( <i>multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha</i> )	Nivel 1	
<b>Producto Nutricional - Lípidos Otros - Medicamentos Nutricionales</b>		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML ( <i>triheptanoin</i> )	Nivel 4	PA
<b>Producto Nutricional - Formulación Específica para Condiciones Médicas - Medicamentos Nutricionales</b>		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM ( <i>glutamine</i> )	Nivel 4	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 4	PA
<b>Vitaminas y Minerales Prenatales - Medicamentos Nutricionales</b>		
CITRANATAL (DUAL-IRON) ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG -50 MG ( <i>prenatal vits no.81/iron carbonyl,gluc/folic acid/docusate</i> )	Nivel 3	
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 90 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG ( <i>prenatal vit no.72/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha</i> )	Nivel 3	
CITRANATAL ASSURE ORAL COMBO PACK 35 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG ( <i>prenatal vit no.73/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG ( <i><b>prenatal vit no.76/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha</b></i> )	Nivel 3	
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG ( <i><b>prenatal vitamin no.59/iron carb,fum/folic acid/docusate/dha</b></i> )	Nivel 3	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG ( <i><b>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</b></i> )	Nivel 3	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG ( <i><b>prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium</b></i> )	Nivel 1	
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG ( <i><b>prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid</b></i> )	Nivel 1	
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG ( <i><b>prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac</b></i> )	Nivel 1	
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG ( <i><b>prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha</b></i> )	Nivel 3	
OBSTETRIX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG ( <i><b>prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3</b></i> )	Nivel 1	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON-1 MG -50 MG ( <i><b>prenatal vitamins no.127/iron,carbonyl/folic acid/docusate</b></i> )	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG ( <i><b>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</b></i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG ( <i>prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha</i> )	Nivel 1	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG ( <i>prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha</i> )	Nivel 1	
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG ( <i>prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha</i> )	Nivel 1	
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG-25 MG ( <i>prenatal vits no.115/iron fumarate/folic acid/docusate sod.</i> )	Nivel 1	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG ( <i>multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha</i> )	Nivel 1	
VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE) ORAL CAPSULE 90 MG IRON-1 MG -50 MG-200 MG ( <i>prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/docusate/dha</i> )	Nivel 3	
VP-CH-PNV ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG ( <i>prenatal vits no.34/iron,carb/folic acid/docusate sodium/dha</i> )	Nivel 1	
<b>Descargas de Cloruro de Sodio - Medicamentos Nutricionales</b>		
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE ( <i>sodium chloride 0.9 % (flush)</i> )	Nivel 1	
CLEARSHIELD SODIUM CHLOR FLUSH INJECTION SYRINGE ( <i>sodium chloride 0.9 % (flush)</i> )	Nivel 1	
NORMAL SALINE FLUSH INJECTION SYRINGE ( <i>sodium chloride 0.9 % (flush)</i> )	Nivel 1	
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
<b>Cloruro de Sodio, Parenteral - Medicamentos Nutricionales</b>		
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	Nivel 1	
<b>Vitaminas - B-1, Tiamina y Derivados - Medicamentos Nutricionales</b>		
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Vitaminas - B-12, Cianocobalamina y Derivados - Medicamentos Nutricionales</b>		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/MI)</i>	Nivel 1	
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Nivel 1	
<b>Vitaminas - B-6, Piridoxina y Derivados - Medicamentos Nutricionales</b>		
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Vitaminas - C, Ácido Ascórbico y Derivados - Medicamentos Nutricionales</b>		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML ( <i>ascorbic acid</i> )	Nivel 3	
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Vitaminas - Derivados D - Medicamentos Nutricionales</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))	Nivel 1	
<b>Vitaminas - Ácido Fólico y Derivados - Medicamentos Nutricionales</b>		
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0	EHB
<b>Vitaminas - K, Fitonadiona y Derivados - Medicamentos Nutricionales</b>		
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML ( <i>phytonadione (vit k1)</i> )	Nivel 1	
<i>phytonadione (vit k1)</i> (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ML)	Nivel 1	
<b>Endocrino</b>		
<b>Antidiabético - Anticuerpo Monoclonal Dirigido a CD3</b>		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML ( <i>teplizumab-mzwv</i> )	Nivel 4	PA; DD
<b>Antihiperglucemiante - Inhibidores Duales de SGLT1 y SGLT2</b>		
INPEFA ORAL TABLET 200 MG ( <i>sotagliflozin</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
INPEFA ORAL TABLET 400 MG ( <i>sotagliflozin</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
<b>Supresor de los síntomas de la Menopausia - Antagonista del receptor de Neuroquinina 3 (NK3)</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG ( <i>fezolinetant</i> )	Nivel 3	
<b>Endocrino - Hormonas</b>		
<b>Abortivos o Agentes de Maduración Cervical - Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
CERVIDIL VAGINAL INSERT, EXTENDED RELEASE 10 MG ( <i>dinoprostone</i> )	Nivel 3	
PREPIDIL VAGINAL GEL 0.5 MG/3 G ( <i>dinoprostone</i> )	Nivel 3	
<b>Abortivos - Antagonista del Receptor de Progesterona - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG ( <i>mifepristone</i> )	Nivel 3	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inhibidores de Esteroides Suprarrenales - Hormonas</b>		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG ( <i>osilodrostat phosphate</i> )	Nivel 4	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG ( <i>levoketoconazole</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hormonas Adrenocorticotróficas - Hormonas</b>		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML ( <i>corticotropin</i> )	Nivel 4	PA
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML ( <i>corticotropin</i> )	Nivel 4	PA
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML ( <i>corticotropin</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para Tratar la Hipoglucemia (Hiperglucemiantes) - Medicamentos para la Diabetes</b>		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION ( <i>glucagon</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (4 EA por 1 SURTIDO)
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Nivel 1	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG ( <i>glucagon hcl</i> )	Nivel 1	DD; QL (4 EA por 1 SURTIDO)
<i>glucagon</i> (Glucagon Emergency Kit (Human) Injection Recon Soln 1 Mg)	Nivel 2	DD; QL (4 EA por 1 SURTIDO)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML ( <i>glucagon</i> )	Nivel 2	DD; QL (0.4 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML ( <i>glucagon</i> )	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML ( <i>glucagon</i> )	Nivel 2	DD; QL (0.4 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML ( <i>glucagon</i> )	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML ( <i>glucagon</i> )	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML ( <i>glucagon</i> )	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML ( <i>glucagon</i> )	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML ( <i>dasiglucagon hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (2.4 ML por 1 SURTIDO)
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML ( <i>dasiglucagon hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (2.4 ML por 1 SURTIDO)
<b>Agentes de Amiloidosis - Estabilizador de Transtiretina (TTR) - Hormonas</b>		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG ( <i>tafamidis</i> )	Nivel 4	PA
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG ( <i>tafamidis meglumine</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agentes de Amiloidosis - Supresión de TTR, Basados en Oligonucleótidos Antisentido - Hormonas</b>		
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML ( <i>eplontersen sodium</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes de amiloidosis - Supresión de TTR, Basados en ARN de Interferencia (ARNi) - Hormonas</b>		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML ( <i>vutrisiran sodium</i> )	Nivel 4	PA
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML ( <i>patisiran sodium, lipid complex</i> )	Nivel 4	PA
<b>Andrógenos - Agentes Únicos - Medicamentos para el Cuidado Masculino</b>		
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION 750 MG/3 ML (250 MG/ML) ( <i>testosterone undecanoate</i> )	Nivel 3	
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG, 237 MG ( <i>testosterone undecanoate</i> )	Nivel 3	PA
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG ( <i>testosterone undecanoate</i> )	Nivel 3	PA
METHITEST ORAL TABLET 10 MG ( <i>methyltestosterone</i> )	Nivel 3	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION ( <i>testosterone</i> )	Nivel 3	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation, 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram), 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	Nivel 1	PA
TLANDO ORAL CAPSULE 112.5 MG ( <i>testosterone undecanoate</i> )	Nivel 3	PA
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML ( <i>testosterone enanthate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Hormonas Antidiuréticas y Vasopresoras - Hormonas</b>		
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Nivel 1	
NOCDURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 55.3 MCG ( <i>desmopressin acetate</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
NOCDURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 27.7 MCG ( <i>desmopressin acetate</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
<b>Antihiperglucemiantes - Inhibidores de la Alfa-Glucosidasa - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DD
<b>Antihiperglucemiante - Tipo Análogo de Amilina - Medicamentos para la Diabetes</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML ( <i>pramlintide acetate</i> )	Nivel 2	DD
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML ( <i>pramlintide acetate</i> )	Nivel 2	DD
<b>Antihiperoglucemiantes - Inhibidores de la Dipeptidil Peptidasa-4 (DPP-4) - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG ( <i>sitagliptin phosphate</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
<i>sitagliptin oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG ( <i>linagliptin</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
<b>Antihiperoglucemiantes - Agonistas de los Receptores de Dopamina - Medicamentos para la Diabetes</b>		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG ( <i>bromocriptine mesylate</i> )	Nivel 3	ST; DD
<b>Antihiperoglucemiante - Agonistas Duales de los Receptores GIP y GLP-1 - Medicamentos para la Diabetes</b>		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML ( <i>tirzepatide</i> )	Nivel 2	PA; DD; QL (0.5 ML por 7 días)
<b>Antihiperoglucemiantes - Agonistas del Receptor del Péptido Similar al Glucagón-1 (GLP-1) - Medicamentos para la Diabetes</b>		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML ( <i>exenatide microspheres</i> )	Nivel 2	PA; DD; QL (0.85 ML por 7 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML ( <i>exenatide</i> )	Nivel 2	PA; DD; QL (2.4 ML por 30 días)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML ( <i>exenatide</i> )	Nivel 2	PA; DD; QL (1.2 ML por 30 días)
<b><i>liraglutide subcutaneous pen injector 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml)</i></b>	Nivel 3	PA; DD; QL (9 ML por 30 días)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	PA; DD; QL (3 ML por 28 días)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	PA; DD; QL (1 por 1 día)
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 ( <i>dulaglutide</i> )	Nivel 2	PA; DD; QL (2 ML por 28 días)
<b>Antihiper glucemiante - Bloqueador del Receptor de Glucocorticoides (Cortisol) (GR-II) - Medicamentos para la Diabetes</b>		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG ( <i>mifepristone</i> )	Nivel 4	PA; DD
<b><i>mifepristone oral tablet 300 mg</i></b>	Nivel 4	PA; DD
<b>Antihiper glucemiante - Análogos de Meglitinida - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<b><i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i></b>	Nivel 1	DD
<b><i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i></b>	Nivel 1	DD
<b>Antihiper glucémico - Combinaciones de Inhibidor de SGLT-2 y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes</b>		
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG ( <i>canagliflozin/metformin hcl</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG ( <i>canagliflozin/metformin hcl</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG ( <i>ertugliflozin pidolate/metformin hcl</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG ( <i>empagliflozin/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG ( <i>empagliflozin/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG ( <i>empagliflozin/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG ( <i>dapagliflozin propanediol/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG ( <i>dapagliflozin propanediol/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
<b>Antihiper glucémico - Combinaciones de Inhibidor de SGLT-2 e Inhibidor de DPP-4 - Medicamentos para la Diabetes</b>		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG ( <i>empagliflozin/linagliptin</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
QTERN ORAL TABLET 10-5 MG, 5-5 MG ( <i>dapagliflozin propanediol/saxagliptin hcl</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG ( <i>ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
<b>Antihiper glucemiantes - Inhibidores del Cotransportador 2 de Glucosa y Sodio (SGLT2) - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>bexagliflozin oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG ( <i>bexagliflozin</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG ( <i>dapagliflozin propanediol</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG ( <i>canagliflozin</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (30 EA por 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG ( <i>empagliflozin</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG ( <i>ertugliflozin pidolate</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
<b>Antihiper glucemiante - Combinaciones de Sulfonilurea y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	DD
<b>Antihiper glucemiantes - Derivados de Sulfonilurea - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	DD; QL (2 EA por 1 día)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DD
<b>Antihiper glucemiante - Combinaciones de Tiazolidinediona y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Nivel 1	ST; DD
<b>Antihiper glucemiante - Combinaciones de Tiazolidinediona y Sulfonilurea - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Nivel 1	ST; DD
<b>Inhibidor Antihiper glucémico-Dipeptidil Peptidasa-4 y Tiazolidinedion - Medicamentos para la Diabetes</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
<b>Inhibidor Antihiper glucémico-Dipeptidil Peptidasa-4 (DPP-4) y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG ( <i>sitagliptin phosphate/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG ( <i>sitagliptin phosphate/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG ( <i>sitagliptin phosphate/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG ( <i>linagliptin/metformin hcl</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG ( <i>linagliptin/metformin hcl</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG ( <i>linagliptin/metformin hcl</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	Nivel 1	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
<b>Combinación de Insulina Antihiper glucémica de Acción Prolongada y Agonista del Receptor GLP-1 - Medicamentos para la Diabetes</b>		
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML ( <i>insulin glargine,human recombinant analog/lixisenatide</i> )	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) ( <i>insulin degludec/liraglutide</i> )	Nivel 2	DD; QL (15 ML por 28 días)
<b>Combinaciones de Inhibidor Antihiper glucémico-SGLT-2, Inhibidor de DPP-4 y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes</b>		
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG ( <i>empagliflozin/linagliptin/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG ( <i>empagliflozin/linagliptin/metformin hcl</i> )	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
<b>Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados de Imidazol - Medicamentos para la Tiroides</b>		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes antitiroideos, Tionamidas - Derivados del Tiouracilo - Medicamentos para la Tiroides</b>		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes de Formación Ósea - Inhibidor de Esclerostina, Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
EVENTITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2) ( <i>romosozumab-aqqg</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Estimulantes de la Formación Ósea - Péptido Natriurético - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.4 MG, 0.56 MG, 1.2 MG ( <i>vosoritide</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Estimulantes de la Formación Ósea - Péptidos Rel de Hormona Paratiroidea - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) ( <i>abaloparatide</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Estimulantes de la Formación Ósea - Tipo Hormona Paratiroidea - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (600mcg/2.4ml), 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	Nivel 4	PA
<b>Inhibidores de la Resorción Ósea - Combinaciones de Bifosfonatos y Vitamina D - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT ( <i>alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin d3)</i> )	Nivel 2	
<b>Inhibidores de la Resorción Ósea - Bifosfonatos - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Nivel 1	QL (75 ML por 7 días)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 7 días)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 7 días)
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml, 5 mg/100 ml</i>	Nivel 1	
<i>zoledronic ac-mannitol-0.9nacl intravenous piggyback 4 mg/100 ml</i>	Nivel 1	
<b>Calcimimético, Potenciador de la Sensibilidad del Receptor de Calcio Paratiroideo - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 4	QL (2 EA por 1 día)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	Nivel 4	QL (4 EA por 1 día)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML ( <i>etelcalcetide hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
<b>Calcitoninas - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Nivel 1	
<b>Combinación de Estrógeno y Progestágeno con Actividad Antimineralocorticoide - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG ( <i>drospirenone/estradiol</i> )	Nivel 3	
<b>Combinaciones de Estrógeno y Modulador Selectivo del Receptor de Estrógeno (SERM) - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG ( <i>estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate</i> )	Nivel 2	
<b>Estrógeno-Andrógeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG ( <i>estrogens, esterified/methyltestosterone</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
COVARYX ORAL TABLET 1.25-2.5 MG ( <i>estrogens, esterified/methyltestosterone</i> )	Nivel 1	
EEMT HS ORAL TABLET 0.625-1.25 MG ( <i>estrogens, esterified/methyltestosterone</i> )	Nivel 1	
EEMT ORAL TABLET 1.25-2.5 MG ( <i>estrogens, esterified/methyltestosterone</i> )	Nivel 1	
ESTRATEST F.S. ORAL TABLET 1.25-2.5 MG ( <i>estrogens, esterified/methyltestosterone</i> )	Nivel 1	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Estrógeno-Progestina - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG ( <i>estradiol/progesterone</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG ( <i>estradiol/progesterone</i> )	Nivel 2	QL (30 EA por 30 días)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/24 HR ( <i>estradiol/levonorgestrel</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 7 días)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR ( <i>estradiol/norethindrone acetate</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 7 días)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i> (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg, 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i> (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i> (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) ( <i>estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate</i> )	Nivel 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG ( <i>estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate</i> )	Nivel 2	
<b>Estrógenos - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML ( <i>estradiol cypionate</i> )	Nivel 3	
<i>estradiol</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)	Nivel 1	QL (2 EA por 7 días)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 0.87 GRAM/ACTUATION ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	ST; QL (52 GM por 30 días)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation</i>	Nivel 1	ST
<i>estradiol transdermal gel in packet 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %), 0.5 mg/0.5 gram (0.1 %), 0.75 mg/0.75 gram (0.1%)</i>	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	QL (30 GM por 30 días)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	QL (37.5 GM por 30 días)
<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>	Nivel 1	QL (2 EA por 7 días)
<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>	Nivel 1	QL (1 EA por 7 días)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	ST; QL (16.2 ML por 30 días)
<i>estradiol</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)	Nivel 1	QL (2 EA por 7 días)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG ( <i>estrogens, esterified</i> )	Nivel 3	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 7 días)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG ( <i>estrogens, conjugated</i> )	Nivel 2	
<b>Potenciador de la Fertilidad - Apoyo a la Fase Lútea, Tipo Progesterona - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % ( <i>progesterone, micronized</i> )	Nivel 3	ST
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG ( <i>progesterone, micronized</i> )	Nivel 2	
<b>Potenciador de la Fertilidad - Estimulante de la Ovulación - Sintético (Sin FSH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<i>clomiphene citrate</i> (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 3	
<i>clomiphene citrate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inhibidores del Factor de Crecimiento de Fibroblastos 23 (FGF23), Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 20 MG/ML, 30 MG/ML ( <i>burosumab-twza</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hormonas Folículoestimulantes y Luteinizantes – Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT ( <i>menotropins</i> )	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Hormona Folículo Estimulante (FSH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 300 UNIT/0.36 ML, 600 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.08 ML ( <i>follitropin beta, recombinant</i> )	Nivel 4	ST
GONAL-F RFF REDI-JECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300/0.5 UNIT/ML, 450/0.75 UNIT/ML, 900/1.5 UNIT/ML ( <i>follitropin alfa, recombinant</i> )	Nivel 4	
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT ( <i>follitropin alfa, recombinant</i> )	Nivel 4	
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT ( <i>follitropin alfa, recombinant</i> )	Nivel 4	
<b>Combinaciones de Sales de Glucocorticoides - Medicamentos para la Inflamación</b>		
BETALOAN SUIK KIT 6 MG/ML ( <i>betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/hfc 245fa</i> )	Nivel 3	
<b>Glucocorticoides - Medicamentos para la Inflamación</b>		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML ( <i>vamorolone</i> )	Nivel 4	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG ( <i>hydrocortisone</i> )	Nivel 4	PA
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Nivel 4	PA
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML ( <i>dexamethasone</i> )	Nivel 3	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
DEXONTO IONTOPHORETIC SOLUTION 0.4 % ( <i>dexamethasone sodium phosphate</i> )	Nivel 3	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML ( <i>deflazacort</i> )	Nivel 4	PA
EOHILIA ORAL SUSPENSION IN PACKET 2 MG/10 ML ( <i>budesonide</i> )	Nivel 4	PA
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone sod succinate injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG ( <i>methylprednisolone</i> )	Nivel 2	
MEDROLOAN II SUIK KIT 40 MG/ML ( <i>methylprednisolone acetate/norflurane/hfc 245fa</i> )	Nivel 3	
MEDROLOAN SUIK KIT 40 MG/ML ( <i>methylprednisolone acetate/norflurane/hfc 245fa</i> )	Nivel 3	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PREDNISONA INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML ( <i>prednisone</i> )	Nivel 2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML ( <i>hydrocortisone sodium succinate/pf</i> )	Nivel 3	
SOLU-CORTEF INJECTION RECON SOLN 100 MG ( <i>hydrocortisone sodium succinate</i> )	Nivel 3	
TARPEYO ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 4 MG ( <i>budesonide</i> )	Nivel 4	PA
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML ( <i>triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i> )	Nivel 3	
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML ( <i>triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i> )	Nivel 3	
<b>Inhibidores de Gonadotropinas Supresores Hipofisarios - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antagonistas de los Receptores de la Hormona del Crecimiento - Medicamentos para el Crecimiento</b>		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG ( <i>pegvisomant</i> )	Nivel 4	
<b>Hormonas Liberadoras de la Hormona del Crecimiento (GHRH)- Medicamentos para el Crecimiento</b>		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG ( <i>tesamorelin acetate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hormonas de Crecimiento - Medicamentos para el Crecimiento</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS 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 ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) ( <b>somatropin-ghla</b> )	Nivel 4	PA
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) ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA
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) ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG ( <b>somatropin</b> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG, 7.6 MG, 9.1 MG ( <i>lonapegsomatropin-tcgd</i> )	Nivel 4	PA
SOGROYA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) ( <i>somapacitan-beco</i> )	Nivel 4	PA
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG ( <i>somatropin</i> )	Nivel 4	PA
<b>Gonadotropina Coriónica Humana (hCG)- Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<i>chorionic gonadotropin, human intramuscular recon soln 10,000 unit</i>	Nivel 3	ST
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN, 5,000 UNIT ( <i>chorionic gonadotropin, human</i> )	Nivel 2	
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML ( <i>choriogonadotropin alfa</i> )	Nivel 2	
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT ( <i>chorionic gonadotropin, human</i> )	Nivel 3	ST
<b>Insulinas Humanas - Combinaciones Fijas - Medicamentos para la Diabetes</b>		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) ( <i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i> )	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) ( <i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i> )	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) ( <i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) ( <i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
<b>Insulinas Humanas - Acción Intermedia - Medicamentos para la Diabetes</b>		
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin nph human isophane</i> )	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML ( <i>insulin nph human isophane</i> )	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin nph human isophane</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML ( <i>insulin nph human isophane</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
<b>Insulinas Humanas - Acción Rápida - Medicamentos para la Diabetes</b>		
AFREZZA INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 12 UNIT, 4 UNIT, 4 UNIT (90)/ 8 UNIT (90), 4 UNIT/8 UNIT/ 12 UNIT (60), 8 UNIT, 8 UNIT (90)/ 12 UNIT (90) ( <i>insulin regular, human</i> )	Nivel 3	PA; DD
<b>Insulinas Humanas - Acción Corta - Medicamentos para la Diabetes</b>		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML ( <i>insulin regular, human</i> )	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML ( <i>insulin regular, human</i> )	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin regular, human</i> )	Nivel 2	DD; QL (24 ML por 28 días)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) ( <i>insulin regular, human in 0.9 % sodium chloride</i> )	Nivel 3	DD
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin regular, human</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML ( <i>insulin regular, human</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
<b>Análogos de Insulina - Combinaciones Fijas - Medicamentos para la Diabetes</b>		
HUMALOG MIX 50-50 INSULIN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50) ( <i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) ( <i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) ( <i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	Nivel 1	DD; QL (30 ML por 28 días)
<b>Análogos de Insulina - Acción Prolongada - Medicamentos para la Diabetes</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin glargine, human recombinant analog</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
LEVEMIR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML ( <i>insulin detemir</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML ( <i>insulin glargine-yfgn</i> )	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin glargine-yfgn</i> )	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin glargine, human recombinant analog</i> )	Nivel 2	DD; QL (18 ML por 28 días)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) ( <i>insulin glargine, human recombinant analog</i> )	Nivel 2	DD; QL (13.5 ML por 28 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin degludec</i> )	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin degludec</i> )	Nivel 2	DD; QL (18 ML por 28 días)
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML ( <i>insulin degludec</i> )	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
<b>Análogos de Insulina - Acción Rápida - Medicamentos para la Diabetes</b>		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML ( <i>insulin lispro</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML ( <i>insulin lispro</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML ( <i>insulin glulisine</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML ( <i>insulin glulisine</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin aspart (niacinamide)</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin aspart (niacinamide)</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML) ( <i>insulin aspart (niacinamide)/pump cartridge</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML ( <i>insulin aspart (niacinamide)</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD; QL (12 ML por 28 días)
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML ( <i>insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	Nivel 1	DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	Nivel 1	DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 1	DD; QL (40 ML por 28 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML ( <i>insulin lispro-aabc</i> )	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) ( <i>insulin lispro-aabc</i> )	Nivel 2	DD; QL (12 ML por 28 días)
LYUMJEV U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML ( <i>insulin lispro-aabc</i> )	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
<b>Potenciadores de la Respuesta a la Insulina - Biguanidas - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	DD
<i>metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	DD
<b>Potenciadores de la Respuesta a la Insulina - Tiazolidinedionas (Agonistas de PPAR-gamma) - Medicamentos para la Diabetes</b>		
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	DD
<b>Factor de Crecimiento Similar a la Insulina-1 (IGF-1) - Hormonas</b>		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>mecasermin</i> )	Nivel 4	PA
<b>Análogos de la Hormona Leptina - Hormonas</b>		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) ( <i>metreleptin</i> )	Nivel 4	QL (1 EA por 1 día)
<b>Supresión de Fosas Análogas Agonistas de LHRH (GnRH) - Pubertad Precoz Central - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
FENSOLVI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY) ( <i>histrelin acetate</i> )	Nivel 4	PA
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG ( <i>triptorelin pamoate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Supresores Hipofisarios Análogos Agonistas de LHRH (GnRH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	Nivel 4	PA
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML ( <i>nafarelin acetate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Combinaciones de Antagonistas de LHRH (GnRH), Estrógeno y Progestina - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG ( <i>relugolix/estradiol/norethindrone acetate</i> )	Nivel 2	PA
ORIAHNN ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 300-1-0.5MG(AM) /300 MG(PM) ( <i>elagolix sodium/estradiol/norethindrone acetate</i> )	Nivel 2	PA
<b>Antagonistas de LHRH (GnRH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<i>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Nivel 4	
<i>ganirelix acetate</i> (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Nivel 4	ST
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 4	ST

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG ( <i>elagolix sodium</i> )	Nivel 2	PA
<b>Supresores de los Síntomas de la Menopausia - Agentes Hormonales - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	ST; QL (18 EA por 28 días)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT, DOSE PACK 10 MCG, 4 MCG ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	ST; QL (18 EA por 28 días)
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG ( <i>prasterone (dhea)</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Síntomas de la Menopausia Moduladores Supresores-Selectivos de los Receptores de Estrógeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG ( <i>ospemifene</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Síntomas de la Menopausia Tipo de Antidepresivo supresor- ISRS - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Mineralocorticoides - Medicamentos para la Inflamación</b>		
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	Nivel 1	
<b>Oxitocíco - Alcaloides del Cornezuelo de Centeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<i>methylergonovine oral tablet 0.2 mg</i>	Nivel 1	QL (28 EA por 30 días)
<b>Hormonas Paratiroides y Análogos - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 168 MCG/0.56 ML, 294 MCG/0.98 ML, 420 MCG/1.4 ML ( <i>palopegteriparatide</i> )	Nivel 4	PA
<b>Progestinas - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<i>norethindrone acetate</i> (Gallifrey Oral Tablet 5 Mg)	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inhibidor de Prolactina - Agonistas del Receptor de Dopamina Derivados del Cornezuelo de Centeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inhibidor del Ligando RANK (RANKL), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML ( <i>denosumab</i> )	Nivel 4	PA
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) ( <i>denosumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógeno (SERM) - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis</b>		
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (1 EA por 1 día)
<b>Agentes Somatostáticos - Medicamentos para el Crecimiento</b>		
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml, 60 mg/0.2 ml, 90 mg/0.3 ml</i>	Nivel 4	PA
MYCAPSSA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG ( <i>octreotide acetate</i> )	Nivel 4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>octreotide,microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 4	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG ( <i>octreotide acetate, microspheres</i> )	Nivel 4	PA
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG ( <i>pasireotide pamoate</i> )	Nivel 4	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) ( <i>pasireotide diaspargate</i> )	Nivel 4	PA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML ( <i>lanreotide acetate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para Enfermedades Oculares Tiroideas - Medicamentos para la Tiroides</b>		
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG ( <i>teprotumumab-trbw</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hormonas Tiroideas - Fuente Animal (Porcina)- Medicamentos para la Tiroides</b>		
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG ( <i>thyroid,pork</i> )	Nivel 3	ST
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG ( <i>thyroid,pork</i> )	Nivel 1	
<i>thyroid (pork) oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<b>Hormonas Tiroideas - T3 Sintético (Triyodotironina)- Medicamentos para la Tiroides</b>		
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Hormonas Tiroideas - T4 Sintético (Tiroxina)- Medicamentos para la Tiroides</b>		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML ( <i>levothyroxine sodium</i> )	Nivel 1	PA
EUTHYROX 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>levothyroxine sodium</i> )	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>levothyroxine oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	PA
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 20 MCG/ML ( <i>levothyroxine sodium</i> )	Nivel 3	ST; QL (20 ML por 1 día)
TIROSINT ORAL CAPSULE 37.5 MCG, 44 MCG, 62.5 MCG ( <i>levothyroxine sodium</i> )	Nivel 3	PA
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML ( <i>levothyroxine sodium</i> )	Nivel 3	PA
<b>Enzimas - Vitaminas y Minerales</b>		
<b>Enzimas - Vitaminas y Minerales</b>		
HYQVIA HY COMPONENT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 UNIT/10 ML, 2,400 UNIT/15 ML, 200 UNIT/1.25 ML, 400 UNIT/2.5 ML, 800 UNIT/5 ML ( <i>hyaluronidase, human recombinant</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes de Terapia Gastrointestinal</b>		
<b>Agentes para Tratar la Enfermedad CHAPLE</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VEOPOZ INJECTION SOLUTION 200 MG/ML ( <i>pozelimab-bbfg</i> )	Nivel 4	PA
<b>Trasplante de Microbiota Fecal (FMT)</b>		
REBYOTA RECTAL ENEMA 150 ML ( <i>fecal microbiota, live-jslm</i> )	Nivel 4	PA
VOWST ORAL CAPSULE ( <i>fecal microbiota spores, live-brpk</i> )	Nivel 4	PA
<b>Reductor de la Secreción de Ácido Gástrico - Bloqueadores de Ácido Competitivos con Potasio</b>		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>vonoprazan fumarate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Agentes de Terapia Gastrointestinal - Medicamentos para el Estómago</b>		
<b>Antidiarreicos - Agentes Antiperistálticos - Medicamentos para la Diarrea</b>		
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	
<b>Antidiarreico - Inhibidores de los Canales de cloruro Gastrointestinales - Medicamentos para la Diarrea</b>		
MYTESI ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG ( <i>crofelemer</i> )	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
<b>Antidiarreico - Inhibidor de Triptófano Hidroxilasa – Medicamentos para la Diarrea</b>		
XERMELO ORAL TABLET 250 MG ( <i>telotristat etiprate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Combinaciones Antidiarreicas, Antiperistálticas y Anticolinérgicas - Medicamentos para la Diarrea</b>		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agentes Opioides Antidiarreicos - Medicamentos para la Diarrea</b>		
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	
<b>Antieméticos - Anticolinérgicos - Medicamentos para Vómito y Náuseas</b>		
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	Nivel 1	
<b>Antiemético - Antihistamínicos - Medicamentos para Vómito y Náuseas</b>		
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiemético - Combinaciones de Antihistamínico y Vitaminas - Medicamentos para Vómito y Náuseas</b>		
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<b>Antiemético - Tipo Cannabinoide - Medicamentos para Vómito y Náuseas</b>		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML ( <i>dronabinol</i> )	Nivel 3	ST; QL (60 ML por 30 días)
<b>Antiemético - Antagonistas de Dopamina (D2)/5-HT3 - Medicamentos para Vómito y Náuseas</b>		
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiemético - Fenotiazinas - Medicamentos para Vómito y Náuseas</b>		
<i>prochlorperazine</i> (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
<b>Antiemético - Antagonistas Selectivos de la Serotonina 5-HT3 - Medicamentos para Vómito y Náuseas</b>		
ANZEMET ORAL TABLET 50 MG ( <i>dolasetron mesylate</i> )	Nivel 3	ST; QL (8 EA por 1 SURTIDO)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 EA por 30 días)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (50 ML por 15 días)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 3.1 MG/24 HOUR ( <i>granisetron</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 7 días)
<b>Antiemético - Antagonistas del Receptor de la Sustancia P- Neuroquinina 1 (NK1) - Medicamentos para Vómito y Náuseas</b>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 21 días)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 28 días)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 21 días)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 21 días)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) ( <i>aprepitant</i> )	Nivel 2	QL (3 EA por 21 días)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG ( <i>rolapitant hcl</i> )	Nivel 3	QL (2 EA por 14 días)
<b>Antiemético - Combinación de Antagonista del Receptor de Neuroquinina 1 y 5-HT3 - Medicamentos para Vómito y Náuseas</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG ( <i>netupitant/palonosetron hcl</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 28 días)
<b>Ácidos Biliares - Medicamentos para el Estómago</b>		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG ( <i>cholic acid</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para el Estreñimiento Idiopático Crónico - Agonistas de Guanilato Ciclasa-C (GC-C) - Medicamentos para el Estreñimiento</b>		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG ( <i>linaclotide</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG ( <i>plecanatide</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Acidificador Colónico (Inhibidor de Amoníaco) - Medicamentos para el Estómago</b>		
<i>lactulose</i> (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
<i>lactulose</i> (Generlac Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
<b>Mezclas de Enzimas Digestivas - Medicamentos para el Estómago</b>		
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 ( <i>lipase/protease/amylase</i> )	Nivel 2	
PANCREAZE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,500-35,500- 61,500 UNIT, 16,800-56,800- 98,400 UNIT, 2,600-8,800- 15,200 UNIT, 21,000-54,700- 83,900 UNIT, 37,000-97,300- 149,900 UNIT, 4,200-14,200- 24,600 UNIT ( <i>lipase/protease/amylase</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PERTZYE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 16,000-57,500- 60,500 UNIT, 24,000-86,250- 90,750 UNIT, 4,000-14,375- 15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT ( <i>lipase/protease/amylase</i> )	Nivel 3	
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150-39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT ( <i>lipase/protease/amylase</i> )	Nivel 3	
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT ( <i>lipase/protease/amylase</i> )	Nivel 2	
<b>Enzimas Digestivas - Medicamentos para el Estómago</b>		
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML ( <i>sacrosidase</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Solubilizantes (Litólisis) de Cálculos Biliares - Medicamentos para el Estómago</b>		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG ( <i>chenodiol</i> )	Nivel 4	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Reductor de la Secreción de Ácido Gástrico - Antagonistas del Receptor H2 de Histamina - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal</b>		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Reductor de la Secreción de Ácido Gástrico - Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal</b>		
ACIPHEX SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 5 MG <i>(rabeprazole sodium)</i>	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>dexlansoprazole oral capsule, biphase delayed releas 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>lansoprazole oral tablet, disintegrat, delay rel 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST
NEXIUM PACKET ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 2.5 MG, 5 MG <i>(esomeprazole magnesium)</i>	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>pantoprazole oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
PRILOSEC ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 10 MG, 2.5 MG <i>(omeprazole magnesium)</i>	Nivel 3	ST
<i>rabeprazole oral capsule, delayed rel sprinkle 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Combinación de Reductor de Secreción de Ácido Gástrico, Inhibidor de la Bomba de Protones y Antiácido - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal</b>		
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Mucosa Gástrica - Análogos de Prostaglandinas Citoprotectoras - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal</b>		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
<b>Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas del Receptor 5-HT4 - Medicamentos para el Estómago</b>		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG ( <i>prucalopride succinate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Agentes Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/agonistas 5-HT4 - Medicamentos para el Estómago</b>		
GIMOTI NASAL SPRAY WITH PUMP 15 MG/SPRAY ( <i>metoclopramide hcl</i> )	Nivel 4	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiespasmódico Gastrointestinal - Alcaloides de Belladona - Medicamentos para Calambres Estomacales</b>		
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 3	
<b>Antiespasmódico Gastrointestinal - Compuestos de Amonio Cuaternario - Medicamentos para Calambres Estomacales</b>		
DARTISLA ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.7 MG ( <i>glycopyrrolate</i> )	Nivel 3	ST; QL (4 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
GLYRX-PF INJECTION SYRINGE 0.6 MG/3 ML (0.2 MG/ML) ( <i>glycopyrrolate/pf</i> )	Nivel 3	
<b>GI Antiespasmódico - Aminas Terciarias Sintética - Medicamentos para Calambres Estomacales</b>		
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Antiespasmódicos Gastrointestinales y Benzodiazepinas - Medicamentos para Calambres Estomacales</b>		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Combinaciones de Antiespasmódicos GI y Opioides - Medicamentos para Calambres Estomacales</b>		
<i>belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones Antiespasmódicas GI Otros - Medicamentos para Calambres Estomacales</b>		
<i>belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia Contra H. Pylori - Combinaciones de Bismuto y Antibióticos - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal</b>		
<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia Contra H. Pylori - Combinaciones de Inhibidores de la Bomba de Protones y Antibióticos - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal</b>		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	Nivel 1	QL (112 EA por 10 días)
OMECLAMOX-PAK ORAL COMBO PACK 20 MG-500 MG- 500 MG (40) ( <i>omeprazole/clarithromycin/amoxicillin trihydrate</i> )	Nivel 3	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG ( <i>omeprazole magnesium/amoxicillin trihydrate/rifabutin</i> )	Nivel 3	QL (168 EA por 14 días); Edad (Mín 18 Años)
<b>Terapia Contra H.Pylori - Bloqueador de Ácido Competitivo y Antibióticos - Medicamentos para el Estómago</b>		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)- 500 MG (84) ( <i>vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate</i> )	Nivel 3	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG ( <i>vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate/clarithromycin</i> )	Nivel 3	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agente para el SII (IBS) - Agentes Activadores de los Canales de cloruro Gastrointestinal - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable</b>		
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<b>Agente del SII (IBS) - Agonistas de Guanilato Ciclasa-C (GC-C) - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable</b>		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG ( <i>linaclotide</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG ( <i>plecanatide</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Agente del SII (IBS) - Agonista y Antagonista de los Receptores Opioides Mixtos- Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable</b>		
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG ( <i>eluxadoline</i> )	Nivel 3	PA
<b>Agente del SII (IBS) - Antagonistas Selectivos del Receptor 5-HT3 - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable</b>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente del SII (IBS) - Inhibidor del Intercambiador de Sodio-Hidrógeno 3 (NHE3) - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable</b>		
IBSRELA ORAL TABLET 50 MG ( <i>tenapanor hcl</i> )	Nivel 3	PA
<b>Agente Inflamatorio Intestinal - Inhibidores de Interleucina-12 e IL-23, MC Ab: Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agente Inflamatorio Intestinal - Inhibidor de Interleucina-23 (IL-23), MC Ab - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
OMVOH INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML (20 MG/ML) ( <i>mirikizumab-mrkz</i> )	Nivel 4	PA
OMVOH PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML ( <i>mirikizumab-mrkz</i> )	Nivel 4	PA
OMVOH SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML ( <i>mirikizumab-mrkz</i> )	Nivel 4	PA
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML ( <i>risankizumab-rzaa</i> )	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) ( <i>risankizumab-rzaa</i> )	Nivel 4	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML ( <i>guselkumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente Inflamatorio Intestinal - Aminosalicilatos y Agentes Relacionados - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Nivel 1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG ( <i>olsalazine sodium</i> )	Nivel 3	ST
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG ( <i>mesalamine</i> )	Nivel 2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente Inflamatorio Intestinal - Glucocorticoides - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	Nivel 1	
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) ( <i>hydrocortisone acetate</i> )	Nivel 3	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	Nivel 1	
<b>Agente Inflamatorio Intestinal - Antagonista del Receptor de Integrina, Anticuerpo MC - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
ENTYVIO INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG ( <i>vedolizumab</i> )	Nivel 4	PA
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML ( <i>vedolizumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente Inflamatorio Intestinal - Inhibidores de Janus Kinasa (JAK) - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG ( <i>upadacitinib</i> )	Nivel 4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG ( <i>tofacitinib citrate</i> )	Nivel 4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG ( <i>tofacitinib citrate</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Agente Inflamatorio Intestinal - Modulador del Receptor de Esfingosina 1-Fosfato - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable</b>		
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG ( <i>etrasimod arginine</i> )	Nivel 4	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG ( <i>ozanimod hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG - 0.92 MG (21) ( <i>ozanimod hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) ( <i>ozanimod hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente Inflamatorio Intestinal - Bloqueadores Alfa del Factor de Necrosis Tumoral - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-atto</i> )	Nivel 4	PA
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-atto</i> )	Nivel 4	PA
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>infliximab-axxq</i> )	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) ( <i>certolizumab pegol</i> )	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) ( <i>certolizumab pegol</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) ( <b><i>certolizumab pegol</i></b> )	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <b><i>adalimumab-adbm</i></b> )	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <b><i>adalimumab-adbm</i></b> )	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <b><i>adalimumab-adbm</i></b> )	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML ( <b><i>adalimumab-adbm</i></b> )	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML ( <b><i>adalimumab</i></b> )	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML ( <b><i>adalimumab</i></b> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML ( <b><i>adalimumab</i></b> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML ( <b><i>adalimumab</i></b> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML ( <b><i>adalimumab</i></b> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML ( <b><i>adalimumab</i></b> )	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML ( <b><i>adalimumab</i></b> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	Nivel 4	PA
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>infliximab-dyyb</i> )	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>infliximab-abda</i> )	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML ( <i>adalimumab-ryvk</i> )	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML ( <i>infliximab-dyyb</i> )	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML ( <i>infliximab-dyyb</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para el Síndrome del Intestino Irritable (SII) (IBS) - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>alose tron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG ( <i>eluxadoline</i> )	Nivel 3	PA
<b>Factor de Crecimiento de Queratinocitos (KGF) - Medicamentos para el Estómago</b>		
KEPIVANCE INTRAVENOUS RECON SOLN 5.16 MG ( <i>palifermin</i> )	Nivel 4	
<b>Laxante - Solución Salina y Osmótica - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento</b>		
<i>lactulose</i> (Constulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml</i>	Nivel 1	
<b>Laxante - Mezclas Salinas/Osmóticas - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento</b>		
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 -5.84 GRAM ( <i>peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 4000, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (4000 ML por 1 SURTIDO)
<i>peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride</i> (Gavilyte-G Oral Recon Soln 236-22.74-6.74 -5.86 Gram)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 4000, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (4000 ML por 1 SURTIDO)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg</b> (Gavilyte-N Oral Recon Soln 420 Gram)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 4000, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (4000 ML por 1 SURTIDO)
<b>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</b>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 4000, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS; QL (4000 ML por 1 SURTIDO)
<b>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c oral powder in packet 100-7.5-2.691 gram</b>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 1, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (1 EA por 1 SURTIDO)
<b>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</b>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 4000, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (4000 ML por 1 SURTIDO)
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM ( <b>peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/kcl/ascorbate sod/vit c</b> )	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 3, SURTIR 2 EN 365 DÍAS, PRUEBA DE SUTAB, CLENPIQ O PREPARACIÓN INTESTINAL GENÉRICA Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (3 EA por 1 SURTIDO)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 354, SURTIR 2 EN 365 DÍAS, Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (354 ML por 1 SURTIDO)
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM ( <i>peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium</i> )	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 2, SURTIR 2 EN 365 DÍAS, PRUEBA DE SUTAB, CLENPIQ O PREPARACIÓN INTESTINAL GENÉRICA Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (2 EA por 1 SURTIDO)
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM ( <i>sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 24, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (24 EA por 1 SURTIDO)
<b>Laxative - Combinaciones de Estimulantes y Solución Salina/Osmótica - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML ( <i>sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid</i> )	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 350, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (350 ML por 1 SURTIDO)
<b>Úlcera péptica - Citoprotectores Adherentes a la Luz Gástrica - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal</b>		
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<b>Síndrome del Intestino Corto (SIC) - Análogo del Péptido Similar al Glucagón-2 (GLP-2) - Medicamentos para el Estómago</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG ( <i>teduglutide</i> )	Nivel 4	PA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG ( <i>teduglutide</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para el Síndrome del Intestino Corto (SIC) - Medicamentos para el Estómago</b>		
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 4	
<i>octreotide, microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 4	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG ( <i>octreotide acetate, microspheres</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia Genitourinaria - Medicamentos para el Sistema Urinario.</b>		
<b>Agente de BPH - Combinación de Inhibidor de la 5-Alfa Reductasa y Antag del Receptor Adrenérgico alfa-1 - Medicamentos para la Próstata</b>		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Nivel 1	ST
<b>Agente de BPH - Inhibidores de 5-Alfa-Reductasa y Fosfodiesterasa-5 (PDE5) - Medicamentos para la Próstata</b>		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG ( <i>finasteride/tadalafil</i> )	Nivel 3	PA
<b>Terapia de Cistinosis (Agentes que Agotan la Cistina) - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG ( <i>cysteamine bitartrate</i> )	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG ( <i>cysteamine bitartrate</i> )	Nivel 4	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG ( <i>cysteamine bitartrate</i> )	Nivel 4	PA
<b>GU. Irrigantes - Antiinfecciosos - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<b>GU. Irrigantes - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>glycine urologic solution irrigation solution 1.5 %</i>	Nivel 1	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION 1980.6 MG-59.4 MG-980.4MG/30ML ( <i>citric acid/gluconolactone/magnesium carbonate</i> )	Nivel 3	
<i>sorbitol irrigation solution 3 %</i>	Nivel 1	
<i>sorbitol-mannitol transurethral solution 2.7-0.54 gram/100 ml</i>	Nivel 1	
<b>Agentes para la Cistitis Intersticial - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>pentosan polysulfate sodium</i> )	Nivel 2	PA
<b>Agentes para Cálculos Renales - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG ( <i>tiopronin</i> )	Nivel 4	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	Nivel 4	
<i>tiopronin oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 4	
<b>Agentes para la Vejiga Hiperactiva - Agonista del Receptor Adrenérgico Beta -3 - Medicamentos para la Vejiga</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG ( <i>vibegron</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML ( <i>mirabegron</i> )	Nivel 2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG ( <i>mirabegron</i> )	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<b>Agente de Oxalosis- Inhibidor de Oxalato, Pequeño ARN de Interferencia Dirigido - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML ( <i>lumasiran sodium</i> )	Nivel 4	PA
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML) ( <i>nedosiran sodium</i> )	Nivel 4	PA
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML ( <i>nedosiran sodium</i> )	Nivel 4	PA
<b>Quelantes de Fosfato - A Base de Calcio - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
<b>Aglutinantes de Fosfato - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON ( <i>ferric citrate</i> )	Nivel 3	ST; QL (12 EA por 1 día)
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG ( <i>lanthanum carbonate</i> )	Nivel 3	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG ( <i>sucroferric oxyhydroxide</i> )	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
<b>Aglutinantes de Fosfato - A Base de Hierro - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON ( <i>ferric citrate</i> )	Nivel 3	ST; QL (12 EA por 1 día)
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG ( <i>sucroferric oxyhydroxide</i> )	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
<b>Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas del Receptor de Vasopresina V2 - Medicamentos para el Sistema Urinario</b>		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG ( <i>tolvaptan</i> )	Nivel 4	PA
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) ( <i>tolvaptan</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente de Hipertrofia Prostática - Antagonistas de los Receptores Adrenérgicos alfa-1 - Medicamentos para la Próstata</b>		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente de Hipertrofia Prostática - Inhibidores de la 5-alfa Reductasa Tipo II - Medicamentos para la Próstata</b>		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agente de Hipertrofia Prostática-Inhibidor de Fosfodiesterasa tipo 5 Sel.cGMP - Medicamentos para la Próstata</b>		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Inhibidores de la 5-alfa Reductasa Tipo I y II del Agente de Hipertrofia Prostática - Medicamentos para la Próstata</b>		
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Acidulante Urinario - Inhibidor de Ureasa Bacteriana - Medicamentos para Infecciones</b>		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG ( <i>acetohydroxamic acid</i> )	Nivel 3	
<b>Acidulante Urinario - Fosfatos - Medicamentos para Infecciones</b>		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET 305-700 MG ( <i>sodium phosphate,monobasic/potassium phosphate,monobasic</i> )	Nivel 3	
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET,SOLUBLE 500 MG ( <i>potassium phosphate,monobasic</i> )	Nivel 3	
<b>Alcalinizador Urinario - Citratos - Medicamentos para Infecciones</b>		
ORACIT ORAL SOLUTION 490-640 MG/5 ML ( <i>citric acid/sodium citrate</i> )	Nivel 3	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 490-640 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<b>Analgésicos Urinarios - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antibacteriano Urinario - Metenamina y Sales - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG ( <i>methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic</i> )	Nivel 3	
<b>Antibacteriano Urinario - Derivados del Nitrofurano - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<b>Antibacterianos Urinarios Otros - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones Urinarias Antiinfecciosas de Metenamina, Antiespasmos y Analgésicos - Medicamentos para Infecciones</b>		
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG ( <i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i> )	Nivel 2	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG ( <i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i> )	Nivel 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG ( <i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i> )	Nivel 1	
<b>Combinaciones Urinarias Antiinfecciosas de Metenamina y Antiespasmódicas - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG ( <i>methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antiespasmódico Urinario - Anticol., M(3) Muscarínico Selectivo (Vejiga)- Medicamentos para la Vejiga</b>		
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
VESICARE LS ORAL SUSPENSION 1 MG/ML ( <i>solifenacin succinate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Antiespasmódicos Urinarios - Anticolinérgicos No Selectivos - Medicamentos para la Vejiga</b>		
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 1	
SYMEX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antiespasmódicos Urinarios - Relajantes del Músculo Liso - Medicamentos para la Vejiga</b>		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMI-WEEKLY 3.9 MG/24 HR ( <i>oxybutynin</i> )	Nivel 3	ST
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia de Retención Urinaria - Agentes Parasimpaticomiméticos - Medicamentos para la Vejiga</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia para la Gota e Hiperuricemia - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre</b>		
<b>Terapia Aguda para la Gota - Antimitóticos - Medicamentos para la Gota</b>		
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML ( <i>colchicine</i> )	Nivel 3	ST; QL (10 ML por 1 día)
<b>Gota e Hiperuricemia – Combinaciones de Antimitóticos-Uricosúricos - Medicamentos para la Gota</b>		
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Terapia de Hiperuricemia - Tipo Enzima Urato-Oxidasa - Medicamentos para la Gota</b>		
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML ( <i>pegloticase</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia de Hiperuricemia - Uricosúricos - Medicamentos para la Gota</b>		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia de Hiperuricemia - Inhibidores de la Xantina Oxidasa - Medicamentos para la Gota</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (30 EA por 30 días)
<b>Tx Hiperuricemia - Combinación de Inhibidor de URAT1 e Inhibidor de Xantina Oxidasa - Medicamentos para la Gota</b>		
DUZALLO ORAL TABLET 200-200 MG, 200-300 MG ( <i>lesinurad/allopurinol</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Agentes Hematológicos</b>		
<b>Agentes para el Tratamiento cTTP - anti vWF, ADAMTS13</b>		
<b>Terapia Enzimática</b>		
ADZYNMA INTRAVENOUS KIT 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <i>adamts13, recombinant-krhn</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Hematopoyéticos - Factor Inducible por Hipoxia Prolif Hidroxilasa Inh</b>		
JESDUVROQ ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG ( <i>daprodustat</i> )	Nivel 3	PA
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG ( <i>vadadustat</i> )	Nivel 3	PA
<b>PNH – Inhibidores del Factor B</b>		
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>iptacopan hcl</i> )	Nivel 4	PA
<b>PNH – Inhibidores del Factor D</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) ( <i>danicopan</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Hematológicos - Medicamentos para la Sangre</b>		
<b>Agentes para Tratar el Dominio A1 del aTTP-anti Factor von Willebrand (vWF) - Medicamentos para la Sangre</b>		
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG ( <i>caplacizumab-yhdp</i> )	Nivel 4	PA
CABLIVI INJECTION RECON SOLN 11 MG ( <i>caplacizumab-yhdp</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para Tratar la Enfermedad de Aglutininas Frías (CAD) - Medicamentos para la Sangre</b>		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>sutimlimab-jome</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para Tratar la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN) - Medicamentos para la Sangre</b>		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML ( <i>pegcetacoplan</i> )	Nivel 4	PA
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>iptacopan hcl</i> )	Nivel 4	PA
PIASKY INJECTION SOLUTION 340 MG/2 ML ( <i>crovalimab-akkz</i> )	Nivel 4	PA
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/30 ML ( <i>eculizumab</i> )	Nivel 4	PA
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML ( <i>ravulizumab-cwvz</i> )	Nivel 4	PA
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) ( <i>danicopan</i> )	Nivel 4	PA
<b>Anticoagulantes - A Base de Citrato - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos</b>		
<i>anticoag citrate phos dextrose solution 2.63-222 gram-mg/100ml</i>	Nivel 1	
<i>citric-sod citrat-sod phos-dex solution 0.327-2.63 gram/100 ml</i>	Nivel 1	
REGIOCIT (EUA) SOLUTION 5.03-5.29 GRAM/L ( <i>sodium chloride/sodium citrate</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Nivel 1	
<b>Anticoagulantes - Cumarina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos</b>		
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Complejo de Coagulación Antiinhibidor - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		
FEIBA NF INTRAVENOUS RECON SOLN 1,750-3,250 UNIT, 350-650 UNIT, 700-1,300 UNIT ( <i>anti-inhibitor coagulant complex</i> )	Nivel 4	
<b>Factores Antiporfiria - Medicamentos para la Sangre</b>		
PANHEMATIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG ( <i>hemin</i> )	Nivel 4	
<b>Tx Trastorno de Células Sanguíneas y Plaquetas - Inhibidores de la Tirosina Quinasa del Bazo - Medicamentos para la Sangre</b>		
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG ( <i>fostatinib disodium</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Inhibidores de la Esterasa C1 - Medicamentos para la Sangre</b>		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML) ( <i>c1 esterase inhibitor</i> )	Nivel 4	PA
BERINERT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (10 ML) ( <i>c1 esterase inhibitor</i> )	Nivel 4	PA
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) ( <i>c1 esterase inhibitor</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT ( <i>c1 esterase inhibitor</i> )	Nivel 4	PA
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT ( <i>c1 esterase inhibitor, recombinant</i> )	Nivel 4	PA
<b>CAD - Inhibidores del Complemento (C1) - Medicamentos para la Sangre</b>		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>sutimlimab-jome</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antagonistas del Receptor de Quimiocina CXCR4 - Medicamentos para la Sangre</b>		
<i>plerixafor subcutaneous solution 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 4	PA
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>mavorixafor</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inhibidores Directos del Factor Xa - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos</b>		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) ( <i>apixaban</i> )	Nivel 2	QL (74 EA por 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG ( <i>apixaban</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG ( <i>apixaban</i> )	Nivel 2	QL (74 EA por 30 días)
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG ( <i>edoxaban tosylate</i> )	Nivel 3	ST; QL (30 EA por 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)-20 MG (9) ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 2	QL (51 EA por 30 días)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 2	QL (20 ML por 1 día)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
<b>Eritropoyetinas - Medicamentos para la Sangre</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML <b>(darbepoetin alfa in polysorbate 80)</b>	Nivel 4	PA
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 10 MCG/0.4 ML, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 300 MCG/0.6 ML, 40 MCG/0.4 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML <b>(darbepoetin alfa in polysorbate 80)</b>	Nivel 4	PA
EPOGEN 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 <b>(epoetin alfa)</b>	Nivel 4	PA
PROCRIT 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, 40,000 UNIT/ML <b>(epoetin alfa)</b>	Nivel 4	PA
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, 40,000 UNIT/ML <b>(epoetin alfa-epbx)</b>	Nivel 4	PA
<b>Preparaciones del Complejo de Factor IX (Concentrado de Complejo de Protrombina) - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		
BALFAXAR INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 500 UNIT <b>(human prothrombin complex concentrate (pcc)-lans)</b>	Nivel 4	
KCENTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (800-1240 UNIT), 500 UNIT (400-620 UNIT) <b>(human prothrombin complex concentrate (pcc), 4-factor)</b>	Nivel 4	
<b>Preparaciones de Factor IX - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ALPHANINE SD INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <b>factor ix</b> )	Nivel 4	
ALPROLIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT ( <b>factor ix recombinant, fc fusion protein</b> )	Nivel 4	
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT ( <b>factor ix human recombinant</b> )	Nivel 4	
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <b>factor ix recombinant, albumin fusion protein</b> )	Nivel 4	
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT ( <b>factor ix human recombinant, threonine 148</b> )	Nivel 4	
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <b>factor ix complex, prothrombin cplx conc(pcc) no.4, 3-factor</b> )	Nivel 4	
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <b>factor ix (human) recombinant, pegylated</b> )	Nivel 4	
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT ( <b>factor ix human recombinant</b> )	Nivel 4	
<b>Preparaciones del Factor VII - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 2 MG (2,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG), 8 MG (8,000 MCG) ( <b>coagulation factor viia (recombinant)</b> )	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) <i>(coagulation factor viia recombinant-jncw)</i>	Nivel 4	
<b>Preparaciones del Factor VII (AHF) - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		
ADVATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT <i>(antihemophilic factor (fviii) recombinant,full length)</i>	Nivel 4	
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT, 750 (+/-) UNIT <i>(antihemophilic factor (fviii) recombinant, full length, peg)</i>	Nivel 4	
AFSTYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT RANGE, 1,500 (+/-) UNIT RANGE, 2,000 (+/-) UNIT RANGE, 2,500 (+/-) UNIT RANGE, 250 (+/-) UNIT RANGE, 3,000 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE <i>(antihemophilic factor viii recomb,single- chn,b-dom truncated)</i>	Nivel 4	
ALPHANATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (400 VWF) UNIT/10 ML, 1,500 (600 VWF) UNIT/10 ML, 2,000 (800 VWF) UNIT/10 ML, 250 (100 VWF) UNIT/5 ML, 500 (200 VWF) UNIT/5 ML <i>(antihemophilic factor, human/von willebrand factor,human)</i>	Nivel 4	
ALTUVIIIIO INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT <i>(antihemophilic factor rfviii fc- vwf-xten,bdd-ehfl)</i>	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ELOCTATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 5,000 UNIT, 500 UNIT, 6,000 UNIT, 750 UNIT <b>(antihemophilic factor (fviii) recombinant, fc fusion protein)</b>	Nivel 4	
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT <b>(antihemophilic factor (fviii) rec, b-dom truncated peg-exei)</b>	Nivel 4	
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT <b>(antihemophilic factor, human)</b>	Nivel 4	
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT <b>(antihemophilic factor, human)</b>	Nivel 4	
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT <b>(antihemophilic factor, human)</b>	Nivel 4	
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT <b>(antihemophilic factor, human)</b>	Nivel 4	
HUMATE-P INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-2,400 UNIT, 250-600 UNIT, 500-1,200 UNIT <b>(antihemophilic factor, human/von willebrand factor, human)</b>	Nivel 4	
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT <b>(antihemophilic factor (fviii) rec, b-domain deleted peg-aucl)</b>	Nivel 4	
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT <b>(antihemophilic factor, human)</b>	Nivel 4	
KOGENATE FS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT <b>(antihemophilic factor (fviii) recombinant, full length)</b>	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KOVALTRY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <i>antihemophilic factor (fviii) recombinant,full length</i> )	Nivel 4	
NOVOEIGHT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <i>antihemophilic factor viii recombinant, b-domain truncated</i> )	Nivel 4	
NUWIQ INTRAVENOUS RECON SOLN 1,500 UNIT, 1000 UNIT, 2,000 UNIT, 2,500 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT ( <i>antihemophilic factor viii rec hek cell, b-domain deleted</i> )	Nivel 4	
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE ( <i>antihemophilic factor viii, recombinant porcine sequence</i> )	Nivel 4	
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <i>antihemophilic factor viii, human recombinant</i> )	Nivel 4	
WILATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,000 UNIT, 500-500 UNIT ( <i>antihemophilic factor, human/von willebrand factor,human</i> )	Nivel 4	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <i>antihemophilic factor (factor viii) recomb,b-domain deleted</i> )	Nivel 4	
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS SYRINGE 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT ( <i>antihemophilic factor (factor viii) recomb,b-domain deleted</i> )	Nivel 4	
<b>Preparaciones de Factor X - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
COAGADEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE ( <i>coagulation factor x</i> )	Nivel 4	
<b>Preparaciones del Factor XIII - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		
CORIFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,600 UNIT ( <i>factor xiii</i> )	Nivel 4	
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT ( <i>factor xiii a-subunit, recombinant</i> )	Nivel 4	
<b>Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos (G-CSF) - Medicamentos para la Sangre</b>		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim-jmdb</i> )	Nivel 4	PA
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim-pbbk</i> )	Nivel 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML ( <i>tbo-filgrastim</i> )	Nivel 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML ( <i>tbo-filgrastim</i> )	Nivel 4	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim</i> )	Nivel 4	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim</i> )	Nivel 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML ( <i>filgrastim</i> )	Nivel 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML ( <i>filgrastim</i> )	Nivel 4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML ( <i>filgrastim-aafi</i> )	Nivel 4	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML ( <i>filgrastim-aafi</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim-apgf</i> )	Nivel 4	PA
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML ( <i>filgrastim-ayow</i> )	Nivel 4	PA
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML ( <i>eflaprograstim-xnst</i> )	Nivel 4	PA
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim-fpgk</i> )	Nivel 4	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim-cbqv</i> )	Nivel 4	PA
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim-cbqv</i> )	Nivel 4	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim-cbqv</i> )	Nivel 4	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML ( <i>filgrastim-sndz</i> )	Nivel 4	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML ( <i>pegfilgrastim-bmez</i> )	Nivel 4	PA
<b>Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos y Macrófagos (GM-CSF)- Medicamentos para la Sangre</b>		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG ( <i>sargramostim</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Hematopoyéticos - Agentes de Maduración Eritroides (RBC) - Medicamentos para la Sangre</b>		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG, 75 MG ( <i>luspatercept-aamt</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Hemorreológicos - Medicamentos para la Sangre</b>		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes de Tratamiento de la Hemofilia - Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Sangre</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7 ML, 12 MG/0.4 ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML), 60 MG/0.4 ML ( <i>emicizumab-kxwh</i> )	Nivel 4	PA
<b>Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		
<i>aminocaproic acid oral solution 250 mg/ml (25 %)</i>	Nivel 1	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
FIBRYGA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM (700 MG- 1,300 MG) ( <i>fibrinogen</i> )	Nivel 4	
RIASTAP INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM (900MG-1,300MG) ( <i>fibrinogen</i> )	Nivel 3	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Nivel 1	
<b>Preparaciones Hemostáticas Sistémicas del Factor von Willebrand (vWF) - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE ( <i>von willebrand factor (recombinant)</i> )	Nivel 4	
<b>Agentes Tópicos Hemostáticos - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G ( <i>ferric subsulfate</i> )	Nivel 3	
AVITENE FLOUR TOPICAL POWDER ( <i>microfibrillar collagen</i> )	Nivel 3	
AVITENE TOPICAL POWDER IN PACKET ( <i>microfibrillar collagen</i> )	Nivel 3	
AVITENE TOPICAL SHEET 35 X 35 MM, 70 X 35 MM, 70 X 70 MM ( <i>microfibrillar collagen</i> )	Nivel 3	
ENDO AVITENE TOPICAL SHEET 10 MM, 5 MM ( <i>microfibrillar collagen</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GELFOAM JMI POWDER TOPICAL KIT 5,000 UNIT ( <i>thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable</i> )	Nivel 3	
GELFOAM JMI SPONGE TOPICAL COMBO PACK 5,000 UNIT ( <i>thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable</i> )	Nivel 3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 TOPICAL SPONGE 200 ( <i>gelatin sponge,absorbable/porcine skin</i> )	Nivel 3	
GELFOAM TOPICAL SPONGE 4 ( <i>gelatin sponge,absorbable/porcine skin</i> )	Nivel 3	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.2 TO 0.22 GRAM/ML ( <i>ferric subsulfate</i> )	Nivel 1	
RECOTHROM SPRAY KIT TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT ( <i>thrombin (recombinant)</i> )	Nivel 3	
RECOTHROM TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT ( <i>thrombin (recombinant)</i> )	Nivel 3	
SYRINGE AVITENE TOPICAL POWDER ( <i>microfibrillar collagen</i> )	Nivel 3	
THROMBIN-JMI NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 5,000 UNIT ( <i>thrombin (bovine)</i> )	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT ( <i>thrombin (bovine)</i> )	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY SYRINGE 20,000 UNIT, 5,000 UNIT ( <i>thrombin (bovine)</i> )	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 20,000 UNIT ( <i>thrombin (bovine)</i> )	Nivel 1	
<b>Combinaciones Tópicas Hemostáticas - Medicamentos para Prevenir el Sangrado</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EVARREST TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 2 X 4", 4 X 4" ( <i>fibrinogen/thrombin (human plasma derived)</i> )	Nivel 3	
EVICEL TOPICAL SOLUTION 800-1,200 UNIT /ML (1 ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML (2 ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML (5 ML X 2) ( <i>thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride</i> )	Nivel 3	
TACHOSIL TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 4.8 X 4.8 CM, 9.5 X 4.8 CM ( <i>fibrinogen/thrombin (human plasma derived)</i> )	Nivel 3	
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT TOPICAL SYRINGE 500 UNIT-80 MG /ML (10 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (2 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (4 ML) ( <i>thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride</i> )	Nivel 3	
<b>Formulaciones de Lavado con Heparina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos</b>		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML ( <i>heparin sodium, porcine/pf</i> )	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML ( <i>heparin sodium, porcine/pf</i> )	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Heparinas - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos</b>		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML ( <i>heparin sodium,porcine/pf</i> )	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML ( <i>heparin sodium,porcine/pf</i> )	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) subcutaneous syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Inhibidores Indirectos del Factor Xa - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos</b>		
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	QL (24 ML por 30 días)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 4	QL (15 ML por 30 días)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	QL (12 ML por 30 días)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	Nivel 4	QL (18 ML por 30 días)
<b>Heparinas de Bajo Peso Molecular - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos</b>		
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Nivel 4	QL (30 ML por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML ( <i>dalteparin sodium, porcine</i> )	Nivel 4	QL (8 ML por 1 día)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML ( <i>dalteparin sodium, porcine</i> )	Nivel 4	QL (7.6 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML ( <i>dalteparin sodium, porcine</i> )	Nivel 4	QL (60 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML ( <i>dalteparin sodium, porcine</i> )	Nivel 4	QL (30 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML ( <i>dalteparin sodium, porcine</i> )	Nivel 4	QL (36 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML ( <i>dalteparin sodium, porcine</i> )	Nivel 4	QL (43.2 ML por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML ( <i>dalteparin sodium, porcine</i> )	Nivel 4	QL (12 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML ( <i>dalteparin sodium, porcine</i> )	Nivel 4	QL (18 ML por 30 días)
<b>Anticuerpo Monoclonal - Inhibidores de la Selectina P - Medicamentos para la Sangre</b>		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>crizanlizumab-tmca</i> )	Nivel 4	PA
<b>Proteínas Plasmáticas que Facilitan la Anticoagulación - Medicamentos para la Sangre</b>		
ATRYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,750 UNIT, 525 UNIT ( <i>antithrombin iii, human recombinant</i> )	Nivel 4	
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG ( <i>plasminogen, human-tvmh</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inhibición de la Agregación Plaquetaria - Ciclopentil-triazolo-pirimidinas (CPTP)- Medicamentos para la Sangre</b>		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG ( <i>ticagrelor</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
<b>Combinaciones de Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Medicamentos para la Sangre</b>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Inhibidores del Receptor de Glicoproteína IIb/IIIa - Medicamentos para la Sangre</b>		
AGGRASTAT CONCENTRATE INTRAVENOUS CONCENTRATE 250 MCG/ML ( <i>tirofiban hcl monohydrate</i> )	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AGGRASTAT IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/250 ML (50 MCG/ML), 5 MG/100 ML (50 MCG/ML) ( <i>tirofiban hcl monohydrate in 0.9 % sodium chloride</i> )	Nivel 4	
<i>eptifibatide intravenous solution 0.75 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 4	
<b>Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Inhibidores de la Fosfodiesterasa III - Medicamentos para la Sangre</b>		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Agentes de Quinazolina - Medicamentos para la Sangre</b>		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Salicilatos - Medicamentos para la Sangre</b>		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG ( <i>aspirin</i> )	\$0	EHB
<b>Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Agentes Tienopiridinas - Medicamentos para la Sangre</b>		
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 30 días)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<b>Inhibidor de la Agregación Plaquetaria Inhibidor de Esterasa y Adenosina Desaminasa - Medicamentos para la Sangre</b>		
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antagonista del Receptor 1 (PAR-1) Activado por Proteasa Inhibidor de la Agregación Plaquetaria - Medicamentos para la Sangre</b>		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG ( <i>vorapaxar sulfate</i> )	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
<b>PNH - Inhibidores del Complemento (C3) - Medicamentos para la Sangre</b>		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML ( <i>pegcetacoplan</i> )	Nivel 4	PA
<b>PNH - Inhibidores del Complemento de Anticuerpos Monoclonales Humanos (C5) - Medicamentos para la Sangre</b>		
PIASKY INJECTION SOLUTION 340 MG/2 ML ( <i>crovalimab-akkz</i> )	Nivel 4	PA
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/30 ML ( <i>eculizumab</i> )	Nivel 4	PA
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML ( <i>ravulizumab-cwvz</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Preparaciones de Proteína C - Medicamentos para la Sangre</b>		
CEPROTIN (BLUE BAR) INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT ( <i>protein c, human</i> )	Nivel 4	
CEPROTIN (GREEN BAR) INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT ( <i>protein c, human</i> )	Nivel 4	
<b>Activadores de Piruvato Quinasa (PK) - Medicamentos para la Sangre</b>		
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG ( <i>mitapivat sulfate</i> )	Nivel 4	PA
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) ( <i>mitapivat sulfate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes de Anemia Falciforme, Otros - Medicamentos para la Sangre</b>		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG ( <i>hydroxyurea</i> )	Nivel 3	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM ( <i>glutamine</i> )	Nivel 4	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 4	PA
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG ( <i>hydroxyurea</i> )	Nivel 3	ST
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG ( <i>hydroxyurea</i> )	Nivel 3	QL (2 EA por 1 día)
<b>Inhibidor de Trombina - Selectivo, Directo y Reversible - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos</b>		
<i>argatroban in 0.9 % sod chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>argatroban intravenous solution 100 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG ( <i>dabigatran etexilate mesylate</i> )	Nivel 3	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Inhibidor de Trombina - Selectivo Directo y Reversible - Tipo Hirudina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos</b>		
<i>bivalirudin intravenous recon soln 250 mg</i>	Nivel 4	
<i>bivalirudin intravenous solution 250 mg/50 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 4	
<b>Agonistas del Receptor de Trombopoyetina - Medicamentos para la Sangre</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG ( <i>eltrombopag choline</i> )	Nivel 4	PA
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG ( <i>avatrombopag maleate</i> )	Nivel 4	PA
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG ( <i>avatrombopag maleate</i> )	Nivel 4	PA
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG ( <i>avatrombopag maleate</i> )	Nivel 4	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG ( <i>lusutrombopag</i> )	Nivel 4	PA
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG ( <i>romiplostim</i> )	Nivel 4	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	Nivel 4	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente de Ligandos del Factor de Crecimiento Transformante (TGF) - Medicamentos para la Sangre</b>		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG, 75 MG ( <i>luspatercept-aamt</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes del Tratamiento del Sistema Hepatobiliar</b>		
<b>Agentes para la Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) – Agonistas Beta-THR</b>		
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>resmetirom</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agonista del Receptor Activado por Proliferador de Peroxisomas (PPAR)</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG ( <i>elafibranor</i> )	Nivel 4	PA
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG ( <i>seladelpar lysine</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado</b>		
<b>Agonista del Receptor Farnesoide X (FXR), Análogo de Ácidos Biliares - Medicamentos para el Hígado</b>		
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG ( <i>obeticholic acid</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inhibidor del Transportador de Ácidos Biliares Ileales (IBAT) - Medicamentos para el Hígado</b>		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG ( <i>odevixibat</i> )	Nivel 4	PA
BYLVAY ORAL PELLETT 200 MCG, 600 MCG ( <i>odevixibat</i> )	Nivel 4	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML, 9.5 MG/ML ( <i>maralixibat chloride</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Inmunosupresores - Medicamentos para Trasplantes de Órganos</b>		
<b>Inmunosupresores - Inhibidores de la Calcineurina - Medicamentos para Trasplantes de Órganos</b>		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG ( <i>tacrolimus</i> )	Nivel 3	ST
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG ( <i>tacrolimus</i> )	Nivel 3	ST

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>cyclosporine, modified</b> (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
<b>cyclosporine, modified</b> (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG ( <b>voclosporin</b> )	Nivel 4	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG ( <b>cyclosporine, modified</b> )	Nivel 1	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML ( <b>cyclosporine, modified</b> )	Nivel 1	
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML ( <b>tacrolimus</b> )	Nivel 2	
PROGRAF ORAL CAPSULE 0.5 MG, 1 MG, 5 MG ( <b>tacrolimus</b> )	Nivel 1	
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG ( <b>tacrolimus</b> )	Nivel 2	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG ( <b>cyclosporine</b> )	Nivel 1	
<b>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</b>	Nivel 1	
<b>tacrolimus oral capsule, extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</b>	Nivel 1	ST
<b>Inmunosupresor - Anticuerpo Monoclonal CD19 (Linfocito B) - Medicamentos para los Ojos</b>		
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <b>inebilizumab-cdon</b> )	Nivel 4	PA
<b>Inmunosupresores - Inhibidores de la Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Medicamentos para Trasplantes de Órganos</b>		
<b>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</b>	Nivel 1	
<b>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</b>	Nivel 1	
<b>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</b>	Nivel 1	
<b>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</b>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION 200 MG/ML ( <i>mycophenolate mofetil</i> )	Nivel 3	PA
<b>Inmunosupresores – Inhibidor de Interferon, Anticuerpo Monoclonal – Medicamentos para Trasplantes de Órganos</b>		
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML ( <i>emapalumab-lzsg</i> )	Nivel 4	PA
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) ( <i>anifrolumab-fnia</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inmunosupresores - Inhibidores del Receptor de Interleucina-6 (IL-6) - Medicamentos para Trasplantes de Órganos</b>		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML ( <i>satralizumab-mwge</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inmunosupresor - Inhibidores del Objetivo de la Rapamicina (mTOR) en Mamíferos - Medicamentos para Trasplantes de Órganos</b>		
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inmunosupresor - Inhibidor de Anticuerpos Monoclonales Función de los linfocitos T - Medicamentos para Trasplantes de Órganos</b>		
SIMULECT INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 20 MG ( <i>basiliximab</i> )	Nivel 4	
<b>Inmunosupresor - Análogos de Purina - Medicamentos para Trasplantes de Órganos</b>		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<b>Inmunosupresor - Bloqueador Selectivo de la Coestimulación de Células T - Medicamentos para Trasplantes de Órganos</b>		
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG ( <i>belatacept</i> )	Nivel 4	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Aparato Locomotor</b>		
<b>Agentes de ALS - Oligonucleótido Antisentido (ASO)</b>		
QALSODY INTRATHECAL SOLUTION 100 MG/15 ML (6.7 MG/ML) ( <i>tofersen</i> )	Nivel 4	PA
<b>Distrofia Muscular de Duchenne – Inhibidor de Histona Deacetilasa (HDAC)</b>		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION 8.86 MG/ML ( <i>givinostat hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agonistas del Receptor del Ácido Retinoico-Fibrodisplasia Osificante Progresiva</b>		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG ( <i>palovarotene</i> )	Nivel 4	PA
<b>Activador del Factor Eritroide-rel.2 (Nrf2) del Factor Nuclear de la Ataxia de Friedreich</b>		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG ( <i>omaveloxolone</i> )	Nivel 4	PA
<b>Aparato Locomotor - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<b>Agentes para Tratar la Parálisis Periódica - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 4	PA
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG ( <i>dichlorphenamide</i> )	Nivel 4	PA
<i>dichlorphenamide</i> (Ormalvi Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 4	PA
<b>Agentes ALS - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<i>edaravone intravenous solution 60 mg/100 ml</i>	Nivel 4	PA
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML ( <i>edaravone</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML ( <i>edaravone</i> )	Nivel 4	PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML ( <i>edaravone</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) - Benzotiazoles - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML ( <i>riluzole</i> )	Nivel 4	PA
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML ( <i>riluzole</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente antimastático - Inhibidor del Receptor Fc Neonatal (FcRn) - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 140 MG/ML ( <i>rozanolixizumab-noli</i> )	Nivel 4	PA
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML ( <i>efgartigimod alfa-hyaluronidase-qvfc</i> )	Nivel 4	PA
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML ( <i>efgartigimod alfa-fcab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente antimastático - Inhibidores Reversibles de la Colinesterasa - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	Nivel 1	
<b>Agentes Antimastáticos Otros - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG ( <i>amifampridine phosphate</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML ( <i>zilucoplan sodium</i> )	Nivel 4	PA
<b>Distrofia Muscular de Duchenne - Oligonucleótido Antisentido con Omisión de Exones - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
AMONDYS-45 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>casimersen</i> )	Nivel 4	PA
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>eteplirsen</i> )	Nivel 4	PA
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>viltolarsen</i> )	Nivel 4	PA
VYONDYS-53 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML ( <i>golodirsen</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente de Terapia Musculo-esquelética - Viscosuplementos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 60 MG/3 ML ( <i>hyaluronate sodium, stabilized</i> )	Nivel 3	PA
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (MW 2.4 -3.6 MILLION) ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 2	PA
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML ( <i>hyaluronate sod, cross-linked</i> )	Nivel 3	PA
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML ( <i>hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked</i> )	Nivel 3	PA
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML ( <i>hyaluronate sodium, stabilized</i> )	Nivel 3	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML ( <i>hylan g-f 20</i> )	Nivel 2	PA
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML ( <i>hylan g-f 20</i> )	Nivel 2	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	PA
<b>Agente de Tx Musculoesquelético - Terapia de Contractura Articular, Enzima Colagenasa - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
XIAFLEX INJECTION RECON SOLN 0.9 MG ( <i>collagenase clostridium histolyticum</i> )	Nivel 4	
<b>Bloqueador Neuromuscular - Neurotoxinas - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
BOTOX INJECTION RECON SOLN 100 UNIT, 200 UNIT ( <i>onabotulinumtoxina</i> )	Nivel 4	PA
DAXXIFY INTRAMUSCULAR RECON SOLN 100 UNIT ( <i>daxibotulinumtoxina-lanm</i> )	Nivel 4	PA
DYSPORT INTRAMUSCULAR RECON SOLN 300 UNIT, 500 UNIT ( <i>abobotulinumtoxina</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION 10,000 UNIT/2 ML, 2,500 UNIT/0.5 ML, 5,000 UNIT/ML ( <i>rimabotulinumtoxinb</i> )	Nivel 4	PA
XEOMIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 100 UNIT, 200 UNIT, 50 UNIT ( <i>incobotulinumtoxina</i> )	Nivel 4	PA
<b>Relajante del Músculo Esquelético - Combinaciones de Salicilatos Analgésicos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 mg</i>	Nivel 1	
<i>orphenadrine-asa-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<b>Relajante del Músculo Esquelético - Relajantes del Músculo Central - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral suspension 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (16 EA por 1 día)
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<i>metaxalone oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral capsule 4 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tizanidine oral capsule 6 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 1 día)
<b>Relajante del Músculo Esquelético - Relajantes Musculares Directos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>dantrolene oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<b>Relajante del Músculo Esquelético - Combinaciones de Analgésicos Opioides - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<b>Relajante del Músculo Esquelético, Combinación de Salicilatos y Analgésicos Opioides - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<b>Atrofia Muscular Espinal - Oligonucleótido Antisentido de Inclusión de Exones - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
SPINRAZA (PF) INTRATHECAL SOLUTION 12 MG/5 ML ( <i>nusinersen sodium/pf</i> )	Nivel 4	PA
<b>Atrofia Muscular Espinal - Modificador de Empalme de Neurona Motora 2 (SMN2) - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos</b>		
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML ( <i>risdiplam</i> )	Nivel 4	PA
<b>Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero (DME) - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
<b>Suministros Médicos y DME – Agujas de Extracción de Sangre - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" ( <i>needles, blood collection</i> )	Nivel 3	
MULTI-DRAW NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" ( <i>needles, blood collection</i> )	Nivel 3	
<b>Suministros Médicos y DME - Pruebas de Glucosa en Sangre - - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar Diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar Diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE 4 STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic, disc-type</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARESENS N TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARETOUCH TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CHOICEDM CLARUS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE PRO STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY PLUS II TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY STEP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYGLUCO TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELEMENT TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G2 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G3 TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EZ SMART PLUS TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EZ SMART TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D15G STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D20 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA G20 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
FORA V10 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V12 GLUCOSE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V20 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V30A STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORACARE GD20 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE INSULINX STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GM100 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
INFINITY TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MYGLUCOHEALTH STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTIUM EZ STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTIUM TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PHARMACIST CHOICE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PLATINUM TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION PCX TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION Q-I-D TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION XTRA TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIER TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIUM V10 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRODIGY NO CODING STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
QUINTET AC STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
REFUAH PLUS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELION CONFIRM-MICRO STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELION ULTIMA STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
REVEAL TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMARTTEST TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TD GOLD TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TELCARE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TEST N'GO TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUETEST TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUETRACK TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ULTIMA TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ULTRATRAK STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
WAVESENSE JAZZ STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
WAVESENSE PRESTO STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
<b>Suministros Médicos y DME - Gorros Cervicales - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM ( <i>cervical cap</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Suministros Médicos y DME - Diversos Suministros de Prueba para COVID-19 -Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT ( <i>COVID-19 molecular nucleic acid test assay</i> )	\$0	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT ( <i>COVID-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
<b>Suministros Médicos y DME - Diafragmas - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM ( <i>diaphragms, contoured</i> )	\$0	CT; EHB
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Medical Supplies and DME - Enteral Syringes - Medical Supplies and Durable Medical Equipment</b>		
ENFIT THUMB CONTROL RING SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, enfit 1 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, enfit 3 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 35 ML ( <i>syringe, enfit 35 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 6 ML ( <i>syringe, enfit 6 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, enfit 60 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP ( <i>syringe cap, enfit, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, enfit 1 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, enfit 12 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, enfit 3 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 35 ML ( <i>syringe, enfit 35 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 6 ML ( <i>syringe, enfit 6 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
PISTON SYRINGE WITH ENFIT SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 0.5 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 1 ml, 3 ml, 35 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 10 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 20 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 5 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 1 ml, 3 ml, 35 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 10 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 20 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 5 ml</i>	Nivel 3	
<b>Suministros Médicos y DME - Condomes Femeninos - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
FC2 FEMALE CONDOM ( <i>condoms, female</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Suministros Médicos y DME - Suministros para Pruebas de Monitoreo de Glucosa - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM ( <i>blade lancet, safety</i> )	Nivel 2	DD
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE ( <i>lancets with blood glucose test strips</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CAREONE ULTRA THIN LANCET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CARESENS LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CEQUR SIMPLICITY INSERTER ( <i>diabetic supplies, miscell</i> )	Nivel 3	PA; DD
CHOSEN LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
COAGUCHEK LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
COLOR LANCETS 21 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
DEXCOM G6 RECEIVER ( <i>blood-glucose meter,continuous</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 90 días)
DEXCOM G7 RECEIVER ( <i>blood-glucose meter,continuous</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DROPLET LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 3	PA; DD
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
FINGERSTIX LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
FORACARE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER ( <i>flash glucose scanning reader</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT ( <i>flash glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LIBRE 2 READER ( <i>flash glucose scanning reader</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT ( <i>flash glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FREESTYLE LIBRE 3 READER ( <i>blood-glucose meter,continuous</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE UNISTIK 2 ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
GOJJI LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 3	PA; DD
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
INVACARE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b><i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i></b>	Nivel 2	DD
LANCETS, SUPER THIN ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
LANCETS, THIN , 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
LANCETS, ULTRA THIN ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM ( <i>blade lancet, safety</i> )	Nivel 2	DD
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MICRODOT LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MICROLET LANCET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MOBILE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MONOLET LANCETS 21 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
NOVA SUREFLEX LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ON CALL LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SINGLE-LET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SMARTEST LANCET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
SOFT TOUCH LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SURE-TOUCH LANCET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TELCARE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT ( <i>lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze</i> )	Nivel 2	DD
THIN LANCETS 26 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA TLC LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNILET GP LANCET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNILET LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
<b>Suministros Médicos y DME - Aguja, Jeringas y Suministros para Administrar Insulina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ( <i>pen needle, diabetic disposable, safety</i> )	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ( <i>syringe with needle, insulin 0.3 ml (half unit mark)</i> )	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <i>syringe, insulin u-500 with needle, disposable, 0.5 ml</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ( <b><i>syringe with needle,insulin,0.3 ml</i></b> )	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ( <b><i>syringe with needle,insulin,0.5 ml</i></b> )	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ( <b><i>syringe with needle,disposable,insulin 1 ml</i></b> )	Nivel 2	DD
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ( <b><i>pen needle, diabetic</i></b> )	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ( <b><i>pen needle, diabetic</i></b> )	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ( <b><i>pen needle, diabetic</i></b> )	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ( <b><i>pen needle, diabetic</i></b> )	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ( <b><i>pen needle, diabetic</i></b> )	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ( <b><i>pen needle, diabetic</i></b> )	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <b><i>syringe with needle,insulin 0.3 ml (half unit mark)</i></b> )	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <b><i>syringe with needle,insulin,0.3 ml</i></b> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <i>syringe with needle, disposable, insulin 1 ml</i> )	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <i>syringe with needle, insulin, 0.5 ml</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i> )	Nivel 2	DD
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) ( <i>insulin pump controller</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
<b>Suministros Médicos y DME - Condones Masculinos - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
DUREX AIR CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL ( <i>condoms, non-latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
FANTASY CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, non-lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TROJAN BARESKIN DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TROJAN ULTRA THIN DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUE COVER CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, non-lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, non-lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
<b>Suministros Médicos y DME - Varios Otros - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
SUSVIMO IMPLANT AND INS. TOOL INTRAVITREAL IMPLANT ( <i>ocular implant with insertion tool for ranibizumab</i> )	Nivel 4	
TANDEM MOBI CARTRIDGE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
<b>Suministros Médicos y DME – Agujas y Jeringas - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 0.5 ml</i> )	Nivel 3	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe,safety with needle,1 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe,safety with needle,3 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" ( <i>syring w-needl 0.5 ml,kit-tray</i> )	Nivel 3	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML ( <i>syringe with cannula, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2", 30 X 1/2 " ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe, safety with needle, 3 ml</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <i>syringe with needle, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE 5-MICRON NOKO NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" ( <i>needles, filter</i> )	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " ( <i>needles, filter</i> )	Nivel 3	
BD INTEGRA NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe with needle, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <i>syringe, safety with needle, 3 ml</i> )	Nivel 3	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML ( <i>syringe with cannula, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML ( <i>syringe with cannula, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD INTRADERMAL BEVEL NEEDLES NEEDLE 26 GAUGE X 3/8" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <b>syringe, disposable, 20 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <b>syringe, disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" ( <b>syringe with needle, disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <b>syringe, disposable, 10 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" ( <b>syringe with needle, disposable, 10 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <b>syringe, disposable, 20 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <b>syringe, disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" ( <b>syringe with needle, disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <b>syringe, disposable, 5 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" ( <b>syringe with needle, disposable, 5 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML ( <b>syringe, disposable, 50 ml</b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML ( <b>syringe, disposable, 10 ml</b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD NOKOR ADMIX NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 3/8" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
BD REGULAR BEVEL NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <b>syringe with needle, disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 5/8" ( <b>needles, safety</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b>syringe with needle, disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <b>syringe, safety with needle, 3 ml</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <b>syringe with needle, disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" ( <b>syringe, safety with needle, 3 ml</b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD SHORT BEVEL NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD SHORT BEVEL THIN WALL NEEDLE 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 2", 23 GAUGE X 1 1/4", 25 GAUGE X 7/8", 27 GAUGE X 1 1/4", 30 GAUGE X 1", 30 GAUGE X 1/2" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE ( <i>syringe with needle and cannula, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" ( <i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " ( <b><i>syringe with needle,disposable, 0.5 ml</i></b> )	Nivel 3	
<b><i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 ", 22 x 1 1/2 ", 23 x 1 "</i></b>	Nivel 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <b><i>syringe, disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <b><i>syringe, disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 21 GAUGE X 1" ( <b><i>needles, disposable</i></b> )	Nivel 3	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" ( <b><i>syringe,safety with needle,1 ml</i></b> )	Nivel 3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1" ( <b><i>needles, disposable</i></b> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <b><i>syringe, disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <b><i>syringe, disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2 ", 3 ML 25 X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE ( <i>syringe disposable irrigation</i> )	Nivel 3	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE ( <i>syringe disposable irrigation</i> )	Nivel 3	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe disposable irrig,60 ml</i> )	Nivel 3	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, disposable, 60 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRING SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, disposable, 60 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 3/4", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1/2", 28 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 30 X 1/2 ", 31 GAUGE X 5/16" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,1 ml</i> )	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe,safety with needle,10 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,3 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,5 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,1 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY TRAY 1 ML 25 GAUGE X 1" <b>(safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,1 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe with needle,disposable, 1 ml)</b>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1 1/4", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1 1/4", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 24 GAUGE X 1 1/4", 24 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 26 GAUGE X 3/8", 26 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1", 30 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/16" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <b>syringe, disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <b>syringe, disposable, 10 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <b>syringe, disposable, 20 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <b>syringe, disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <b>syringe, disposable, 5 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <b>syringe, disposable, 60 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" ( <b>syringe,safety with needle,10 ml</b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,3 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" <b>(syringe,safety with needle,5 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML <b>(syringe, disposable, 10 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML <b>(syringe, disposable, 3 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML <b>(syringe, disposable, 5 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" <b>(safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe with needle,disposable, 1 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" <b>(syringe with needle,disposable, 3 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" <b>(syringe,safety with needle,1 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" <b>(syringe,safety with needle,1 ml)</b>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML <i>(syringe, disposable, 10 ml)</i>	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 3 ML <i>(syringe, disposable, 3 ml)</i>	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 5 ML <i>(syringe, disposable, 5 ml)</i>	Nivel 3	
EASYPPOINT NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" <i>(needles, safety)</i>	Nivel 3	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" <i>(needles, safety)</i>	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" <i>(syringe with needle, disposable, 1 ml)</i>	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" <i>(syringe, safety with needle, 3 ml)</i>	Nivel 3	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" <i>(syringe with needle, disposable, 3 ml)</i>	Nivel 3	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 20 X 3/4", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 2", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 3/4", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 26 GAUGE X 1/2", 26 GAUGE X 3/8", 26 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1/2" <i>(needles, disposable)</i>	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML <i>(syringe, disposable, 10 ml)</i>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML ( <i>syringe, disposable, 30 ml</i> )	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
<i>filter needles needle 18 gauge x 1 1/2", 19 x 1 ", 19 x 1 1/2 "</i>	Nivel 3	
FLOW-EZE VENTED NEEDLE NEEDLE ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
<i>huber safety needles (disp.) needle 22 x 3/4 "</i>	Nivel 3	
HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 26 GAUGE X 5/8" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" ( <i>syringe,safety with needle,3 ml</i> )	Nivel 3	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML ( <i>syringe with cannula, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE ( <i>syringe disposable irrigation</i> )	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA NEEDLE 18 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 1 ML 18 GAUGE X 1" ( <i>syringe with cannula, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 3 ML 18 X 1" ( <i>syringe with cannula, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML <i>(syringe, disposable, 30 ml)</i>	Nivel 3	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML <i>(syringe, disposable, 60 ml)</i>	Nivel 3	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML <i>(syringe, disposable, 1 ml)</i>	Nivel 3	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML <i>(syringe, disposable, 30 ml)</i>	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" <i>(needles, safety)</i>	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" <i>(syringe,safety with needle,1 ml)</i>	Nivel 3	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" <i>(syringe,safety with needle,1 ml)</i>	Nivel 3	
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" <i>(syringe,safety with needle,1 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE <i>(syringe, disposable)</i>	Nivel 3	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML <i>(syringe, disposable, 35 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" <i>(syringe with needle,disposable, 3 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" <i>(syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray)</i>	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" <i>(syring w-needl 0.5 ml,kit-tray)</i>	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" <i>(syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray)</i>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML ( <i>syringe, disposable, 35 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT FILTER ASPIRATOR NEEDLE 18 X 3 " ( <i>needles, filter</i> )	Nivel 3	
MONOJECT FILTER NEEDLE NEEDLE 5 MICRON 20 X 1 1/2" ( <i>needles, filter</i> )	Nivel 3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 14 GAUGE X 1 1/2", 14 GAUGE X 1", 14 GAUGE X 2", 15 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 16 GAUGE X 3/4", 16 GAUGE X 5/8", 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 2", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1 1/4", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 25 X 2 ", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYL NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML ( <b>syringe, disposable, 12 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML ( <b>syringe, disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b>syringe, safety with needle, 1 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" ( <b>syringe, safety with needle, 3 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT MEDICATION TRANSF NDL NEEDLE 20 X 1 " ( <b>needles, pharmacy compound</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML ( <b>syringe, disposable, 12 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML ( <b>syringe, disposable, 20 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML ( <b>syringe, disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML ( <b>syringe, disposable, 35 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML ( <b>syringe, disposable, 6 ml</b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, disposable, 60 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML ( <i>syringe, disposable, 6 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML ( <i>syringe, disposable, 35 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML ( <i>syringe, disposable, 6 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE ( <i>syringe with needle, disposable</i> )	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" ( <i>syringe, safety with needle, 12 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,3 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML <b>(syringe with needle,disposable, 6 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML <b>(syringe with cannula,disposable 12 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML <b>(syringe with cannula, disposable, 3 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML <b>(syringe with cannula, disposable, 6 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML <b>(syringe, disposable, 60 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML <b>(syringe, disposable, 35 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML <b>(syringe, disposable, 6 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML <b>(syringe, disposable, 60 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML <b>(syringe, disposable, 60 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" <b>(syringe with needle,disposable, 12 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML <b>(syringe, disposable, 140 ml)</b>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML <b>(syringe, disposable, 3 ml)</b>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML ( <b><i>syringe, disposable, 6 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 6 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML ( <b><i>syringe, disposable, 60 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML ( <b><i>syringe, disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML ( <b><i>syringe, disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <b><i>syringe,safety with needle,1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <b><i>syringe, disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 0.5 ml</i> )	Nivel 3	
<i>needle (disp) 16 g needle 16 gauge x 1"</i>	Nivel 3	
<i>needle (disp) 18 g needle 18 gauge x 1"</i>	Nivel 3	
<i>needle (disp) 19 g needle 19 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
<i>needle (disp) 23 gauge needle 23 gauge x 1"</i>	Nivel 3	
<i>needles, huber disposable needle 22 x 1 "</i>	Nivel 3	
NOKOR NEEDLE NEEDLE 16 GAUGE X 1", 18 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1/2" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe,needle,safety 1 ml,self-contained disposal unit</i> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, safety 10 ml, self-contained disposal unit</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" ( <b><i>syringe,safety needle 10 ml and self-contained disposal unit</i></b> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <b><i>syringe, safety 3 ml, self-contained disposal unit</i></b> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b><i>syringe 3 ml with safety needle,self-contained disposal unit</i></b> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <b><i>syringe, safety 5 ml, self-contained disposal unit</i></b> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" ( <b><i>syringe, safety needle 5 ml and self-contained disposal unit</i></b> )	Nivel 3	
<b><i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i></b>	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1 1/2" ( <b><i>needles, safety</i></b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ( <b><i>syringe,safety with needle,1 ml</i></b> )	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <b><i>syringe,safety with needle,10 ml</i></b> )	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b><i>syringe,safety with needle,3 ml</i></b> )	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <b><i>syringe,safety with needle,5 ml</i></b> )	Nivel 3	
<b><i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i></b>	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Nivel 3	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE ( <i>syringe, disposable</i> )	Nivel 3	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML ( <i>syringe, disposable, 30 ml</i> )	Nivel 3	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML ( <i>syringe, disposable irrigation, 70 ml</i> )	Nivel 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, safety 3 ml</i> )	Nivel 3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <i>syringe,safety with needle,3 ml</i> )	Nivel 3	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,1 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,10 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,3 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,5 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
YALE DISPOSABLE NEEDLES NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/4" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
<b>Suministros Medicos y DME – Suministros de Terapia Parenteral - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
FREEFLEX PLUS TRANSFER ADAPTER DEVICE 20 MM ( <i>transfer device, closed system</i> )	Nivel 3	
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM ( <i>transfer device, closed system</i> )	Nivel 3	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM ( <i>transfer device, closed system</i> )	Nivel 3	
<b>Suministros Médicos y DME - Suministros de Terapia Respiratoria - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER MV SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROTRACH PLUS SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROVENT PLUS SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASIVENT MASK LARGE DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
FLEXICHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER ( <i>inhaler, assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER ( <i>inhaler, assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER ( <i>inhaler, assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
MICROCHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MICROSPACER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER ( <i>inhaler, assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE ( <i>spirometers and accessories</i> )	Nivel 3	
POCKET CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
PRIMEAIRE SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
PROCHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
SPACE CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE ( <i>spirometers and accessories</i> )	Nivel 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE ( <i>spirometers and accessories</i> )	Nivel 3	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
<b>Suministros Médicos y DME - Dispositivos para Administrar Insulina Subcutánea - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT ( <i>subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable</i> )	Nivel 3	PA; DD
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cart,automated dosing,bt,g6/g7 with controller</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge,subcut automated dosing,bt,g6/g7</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, radio freq</i> )	Nivel 2	DD
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, continuous infusion, bt and controller</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, bluetooth</i> )	Nivel 2	DD
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
V-GO 20 DEVICE ( <i>sub-q insulin delivery device, 20 unit, disposable</i> )	Nivel 2	DD
V-GO 30 DEVICE ( <i>sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable</i> )	Nivel 2	DD
V-GO 40 DEVICE ( <i>sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable</i> )	Nivel 2	DD
<b>Suministros Médicos y DME - Bomba de Insulina Subcutánea - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
MINIMED 630G INSULIN PUMP ( <i>subcutaneous insulin pump</i> )	Nivel 3	PA; DD
MINIMED 780G INSULIN PUMP ( <i>subcutaneous insulin pump</i> )	Nivel 3	PA; DD
TANDEM MOBI SYSTEM ( <i>subcutaneous insulin pump</i> )	Nivel 3	PA; DD
<b>Suministros Médicos y DME - Pruebas de Glucosa en Orina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
DIASTIX STRIP ( <i>urine glucose test strip</i> )	Nivel 3	DD
NO-STICK GLUCOSE STRIP ( <i>urine glucose test strip</i> )	Nivel 3	DD
<b>Suministros Médicos y DME - Glucosa en Orina-Pruebas de Combinación de Acetona - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
KETO-DIASTIX STRIP ( <i>urine glucose-acet test strip</i> )	Nivel 3	DD
<b>Suministros Médicos y DME – Pruebas de Cetonas en Orina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
CHEK-STIX CONTROL STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
KETONE CARE STRIP ( <i>urine acetone test strips</i> )	Nivel 3	DD
KETONE URINE TEST STRIP ( <i>urine acetone test strips</i> )	Nivel 3	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KETOSTIX STRIP ( <i>urine acetone test strips</i> )	Nivel 3	DD
TRUEPLUS KETONE STRIP ( <i>urine acetone test strips</i> )	Nivel 3	DD
<b>Suministros Médicos y DME- Equipos de Extracción de Sangre con Anestésicos Locales - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT KIT 21 GAUGE X 3/4" -2.5 %-2.5 % ( <i>blood collection set/lidocaine/prilocaine</i> )	Nivel 3	
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1"- 2.5 %-2.5 % ( <i>blood collection set/lidocaine/prilocaine</i> )	Nivel 3	
<b>Suministros Médicos y DME-Suministros de Control de Glucosa y Administración de Insulina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK ( <i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK ( <i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK ( <i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK ( <i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
<b>Implantes de Volumen de Tejido - Anorrectales - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero</b>		
SOLESTA IMPLANT GEL FOR IMPLANT IN SYRINGE 50-15 MG/ML (4) ( <i>dextranomer microspheres/hyaluronate sod in 0.9 % sodium chl</i> )	Nivel 4	
<b>Suministro Médico, FDB Superset</b>		
<b>Suministro Médico, FDB Superset</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER MV SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROTRACH PLUS SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AEROVENT PLUS SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 0.5 ml</i> )	Nivel 3	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe,safety with needle,1 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe,safety with needle,3 ml</i> )	Nivel 3	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
ASSURE 4 STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" ( <i>syring w-needl 0.5 ml,kit-tray</i> )	Nivel 3	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ( <i>pen needle, diabetic disposable, safety</i> )	Nivel 2	DD
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML ( <i>syringe with cannula, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2", 30 X 1/2" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" ( <b><i>syringe,safety with needle,3 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1" ( <b><i>needles, safety</i></b> )	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE 5-MICRON NOKO NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" ( <b><i>needles, filter</i></b> )	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " ( <b><i>needles, filter</i></b> )	Nivel 3	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ( <b><i>syringe with needle,insulin 0.3 ml (half unit mark)</i></b> )	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <b><i>syringe, insulin u-500 with needle, disposable, 0.5 ml</i></b> )	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ( <b><i>syringe with needle,insulin,0.3 ml</i></b> )	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ( <b><i>syringe with needle,insulin,0.5 ml</i></b> )	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 ( <b><i>syringe with needle,disposable,insulin 1 ml</i></b> )	Nivel 2	DD
BD INTEGRA NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1" ( <b><i>needles, disposable</i></b> )	Nivel 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b><i>syringe,safety with needle,3 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML ( <b><i>syringe with cannula, disposable, 5 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML ( <b><i>syringe with cannula, disposable, 10 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD INTRADERMAL BEVEL NEEDLES NEEDLE 26 GAUGE X 3/8" ( <b><i>needles, disposable</i></b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <b><i>syringe, disposable, 20 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <b><i>syringe, disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <b><i>syringe, disposable, 10 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 10 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <b><i>syringe, disposable, 20 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <b><i>syringe, disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2 ", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" ( <i>syringe with needle, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM ( <i>blade lancet, safety</i> )	Nivel 2	DD
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ( <i>pen needle, diabetic</i> )	Nivel 2	DD
BD NOKOR ADMIX NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 3/8" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD REGULAR BEVEL NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 5/8" ( <b>needles, safety</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b>syringe with needle,disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <b>syringe,safety with needle,3 ml</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <b>syringe with needle,disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" ( <b>syringe,safety with needle,3 ml</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" ( <b>syringe with needle,disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" ( <b>syringe with needle,disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
BD SHORT BEVEL NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
BD SHORT BEVEL THIN WALL NEEDLE 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" ( <b>syringe with needle,disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <b>syringe, disposable, 10 ml</b> )	Nivel 3	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <b>syringe, disposable, 20 ml</b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 2", 23 GAUGE X 1 1/4", 25 GAUGE X 7/8", 27 GAUGE X 1 1/4", 30 GAUGE X 1", 30 GAUGE X 1/2" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE ( <i>syringe with needle and cannula, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" ( <i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " ( <i>syringe with needle, disposable, 0.5 ml</i> )	Nivel 3	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ( <i>pen needle, diabetic</i> )	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ( <i>pen needle, diabetic</i> )	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ( <i>pen needle, diabetic</i> )	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ( <i>pen needle, diabetic</i> )	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ( <i>pen needle, diabetic</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <i>syringe with needle,insulin 0.3 ml (half unit mark)</i> )	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <i>syringe with needle,insulin,0.3 ml</i> )	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <i>syringe with needle,disposable,insulin 1 ml</i> )	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ( <i>syringe with needle,insulin,0.5 ml</i> )	Nivel 2	DD
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE ( <i>lancets with blood glucose test strips</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 ", 22 x 1 1/2 ", 23 x 1 "</i>	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic, disc-type</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CAREONE ULTRA THIN LANCET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 21 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe,safety with needle,1 ml</i> )	Nivel 3	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CARESENS N TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2 ", 3 ML 25 X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARETOUCH TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM ( <i>diaphragms, contoured</i> )	\$0	CT; EHB
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT ( <i>subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable</i> )	Nivel 3	PA; DD
CEQUR SIMPLICITY INSERTER ( <i>diabetic supplies, miscell</i> )	Nivel 3	PA; DD
CHEK-STIX CONTROL STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 10 MD STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 10/SG STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 2 GP STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 50B STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 7 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHEMSTRIP 9 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
CHOICEDM CLARUS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CHOSEN LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with large mask</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE PRO STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
COAGUCHEK LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
COLOR LANCETS 21 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
COMBISTIX REAGENT STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE ( <i>syringe disposable irrigation</i> )	Nivel 3	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE ( <i>syringe disposable irrigation</i> )	Nivel 3	
DEXCOM G6 RECEIVER ( <i>blood-glucose meter,continuous</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 90 días)
DEXCOM G7 RECEIVER ( <i>blood-glucose meter, continuous</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DIASTIX STRIP ( <i>urine glucose test strip</i> )	Nivel 3	DD
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe disposable irrig, 60 ml</i> )	Nivel 3	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
DUREX AIR CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL ( <i>condoms, non-latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, disposable, 60 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, disposable, 60 ml</i> )	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
EASY PLUS II TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY STEP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 3/4", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1/2", 28 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 30 X 1/2", 31 GAUGE X 5/16" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe, safety with needle, 1 ml</i> )	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe, safety with needle, 10 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,3 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,5 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,1 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY TRAY 1 ML 25 GAUGE X 1" <b>(safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe,safety with needle,1 ml)</b>	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" <b>(syringe with needle,disposable, 1 ml)</b>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1 1/4", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1 1/4", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 24 GAUGE X 1 1/4", 24 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 26 GAUGE X 3/8", 26 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1", 30 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/16" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <b>syringe, disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <b>syringe, disposable, 10 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <b>syringe, disposable, 20 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <b>syringe, disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <b>syringe, disposable, 5 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <b>syringe, disposable, 60 ml</b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" ( <b><i>syringe,safety with needle,10 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b><i>syringe,safety with needle,3 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" ( <b><i>syringe,safety with needle,5 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <b><i>syringe, disposable, 10 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <b><i>syringe, disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <b><i>syringe, disposable, 5 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ( <b><i>safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP ( <b><i>blood sugar diagnostic</i></b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <b><i>syringe, safety with needle, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <b><i>syringe, safety with needle, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE ( <b><i>lancets</i></b> )	Nivel 2	DD
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML ( <b><i>syringe, disposable, 10 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 3 ML ( <b><i>syringe, disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 5 ML ( <b><i>syringe, disposable, 5 ml</i></b> )	Nivel 3	
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP ( <b><i>blood sugar diagnostic</i></b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP ( <b><i>blood sugar diagnostic</i></b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE ( <b><i>lancets</i></b> )	Nivel 2	DD
EASYGLUCO TEST STRIP ( <b><i>blood sugar diagnostic</i></b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP ( <b><i>blood sugar diagnostic</i></b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX STRIP ( <b><i>blood sugar diagnostic</i></b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYPOINT NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" ( <b><i>needles, safety</i></b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" ( <b>needles, safety</b> )	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b>syringe with needle,disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" ( <b>syringe,safety with needle,3 ml</b> )	Nivel 3	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELEMENT TEST STRIPS STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT ( <b>covid-19 antigen immunoassay test</b> )	\$0	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ENFIT THUMB CONTROL RING SYRIN SYRINGE 60 ML ( <b>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</b> )	Nivel 3	
EVENCARE G2 STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G3 TEST STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE PROVUEW TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 3	PA; DD
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 20 X 3/4 ", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 2", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 3/4", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 26 GAUGE X 1/2", 26 GAUGE X 3/8", 26 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1/2" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML ( <i>syringe, disposable, 30 ml</i> )	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML ( <i>syringe, disposable, 50 ml</i> )	Nivel 3	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
EZ SMART PLUS TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EZ SMART TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FANTASY CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
FC2 FEMALE CONDOM ( <i>condoms, female</i> )	\$0	CT; EHB
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM ( <i>cervical cap</i> )	\$0	CT; EHB
<i>filter needles needle 18 gauge x 1 1/2", 19 x 1", 19 x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
FINGERSTIX LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
FLEXICHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
FLOW-EZE VENTED NEEDLE NEEDLE ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D15G STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D20 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA G20 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V10 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V12 GLUCOSE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V20 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V30A STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORACARE GD20 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORACARE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
FREEFLEX PLUS TRANSFER ADAPTER DEVICE 20 MM ( <i>transfer device, closed system</i> )	Nivel 3	
FREESTYLE INSULINX STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER ( <i>flash glucose scanning reader</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT ( <i>flash glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LIBRE 2 READER ( <i>flash glucose scanning reader</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT ( <i>flash glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LIBRE 3 READER ( <i>blood-glucose meter,continuous</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE UNISTIK 2 ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
GM100 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GOJJI LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE ( <i>blood-glucose transmitter</i> )	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE ( <i>blood-glucose sensor</i> )	Nivel 3	PA; DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM ( <i>transfer device, closed system</i> )	Nivel 3	
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
HEMA-COMBISTIX STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
<i>huber safety needles (disp.) needle 22 x 3/4 "</i>	Nivel 3	
HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 26 GAUGE X 5/8" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
INFINITY TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i> )	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ( <i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i> )	Nivel 2	DD
INSPIRACHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER ( <i>inhaler, assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER ( <i>inhaler, assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER ( <i>inhaler, assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" ( <i>syringe, safety with needle, 3 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML ( <i>syringe with cannula, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE ( <i>syringe disposable irrigation</i> )	Nivel 3	
KETO-DIASTIX STRIP ( <i>urine glucose-acet test strip</i> )	Nivel 3	DD
KETONE CARE STRIP ( <i>urine acetone test strips</i> )	Nivel 3	DD
KETONE URINE TEST STRIP ( <i>urine acetone test strips</i> )	Nivel 3	DD
KETOSTIX STRIP ( <i>urine acetone test strips</i> )	Nivel 3	DD
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, non-lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
LABSTIX REAGENT STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	Nivel 2	DD
LANCETS, SUPER THIN ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
LANCETS, THIN , 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
LANCETS, ULTRA THIN ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LIFESHIELD BLUNT CANNULA NEEDLE 18 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 1 ML 18 GAUGE X 1" ( <i>syringe with cannula, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 3 ML 18 X 1" ( <i>syringe with cannula, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT ( <i>covid-19 molecular nucleic acid test assay</i> )	\$0	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML ( <i>syringe, disposable, 30 ml</i> )	Nivel 3	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, disposable, 60 ml</i> )	Nivel 3	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML ( <i>syringe, disposable, 30 ml</i> )	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" ( <i>syringe, safety with needle, 1 ml</i> )	Nivel 3	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe, safety with needle, 1 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe, safety with needle, 1 ml</i> )	Nivel 3	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM ( <i>blade lancet, safety</i> )	Nivel 2	DD
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MICROCHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICRODOT LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICROLET LANCET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MICROSPACER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
MINIMED 630G INSULIN PUMP ( <i>subcutaneous insulin pump</i> )	Nivel 3	PA; DD
MINIMED 780G INSULIN PUMP ( <i>subcutaneous insulin pump</i> )	Nivel 3	PA; DD
MOBILE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE ( <i>syringe, disposable</i> )	Nivel 3	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML ( <i>syringe, disposable, 35 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe with needle, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" ( <i>syring w-needl 0.5 ml,kit-tray</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" ( <i>syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray</i> )	Nivel 3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" ( <i>needles, blood collection</i> )	Nivel 3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML ( <i>syringe, disposable, 35 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, enfit 1 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, enfit 3 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 35 ML ( <i>syringe, enfit 35 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 6 ML ( <i>syringe, enfit 6 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, enfit 60 ml, sterile</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP ( <i>syringe cap, enfit, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, enfit 1 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, enfit 12 ml, sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, enfit 3 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 35 ML ( <i>syringe, enfit 35 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 6 ML ( <i>syringe, enfit 6 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
MONOJECT FILTER ASPIRATOR NEEDLE 18 X 3 " ( <i>needles, filter</i> )	Nivel 3	
MONOJECT FILTER NEEDLE NEEDLE 5 MICRON 20 X 1 1/2" ( <i>needles, filter</i> )	Nivel 3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 14 GAUGE X 1 1/2", 14 GAUGE X 1", 14 GAUGE X 2", 15 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 16 GAUGE X 3/4", 16 GAUGE X 5/8", 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 2", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1 1/4", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 25 X 2 ", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYL NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" ( <b>needles, disposable</b> )	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML ( <b>syringe, disposable, 12 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML ( <b>syringe, disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b>syringe, safety with needle, 1 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" ( <b>syringe, safety with needle, 3 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT MEDICATION TRANSF NDL NEEDLE 20 X 1 " ( <b>needles, pharmacy compound</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML ( <b>syringe, disposable, 12 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML ( <b>syringe, disposable, 20 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML ( <b>syringe, disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML ( <b>syringe, disposable, 35 ml</b> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML ( <b>syringe, disposable, 6 ml</b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, disposable, 60 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML ( <i>syringe, disposable, 6 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML ( <i>syringe, disposable, 35 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML ( <i>syringe, disposable, 6 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE ( <i>syringe with needle, disposable</i> )	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML ( <i>syringe, disposable, 12 ml</i> )	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" ( <i>syringe, safety with needle, 12 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" <i>(syringe,safety with needle,3 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML <i>(syringe with needle,disposable, 6 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML <i>(syringe with cannula,disposable 12 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML <i>(syringe with cannula, disposable, 3 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML <i>(syringe with cannula, disposable, 6 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML <i>(syringe, disposable, 60 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML <i>(syringe, disposable, 35 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML <i>(syringe, disposable, 6 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML <i>(syringe, disposable, 60 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML <i>(syringe, disposable, 60 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" <i>(syringe with needle,disposable, 12 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML <i>(syringe, disposable, 140 ml)</i>	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML <i>(syringe, disposable, 3 ml)</i>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML ( <b><i>syringe, disposable, 6 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 6 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML ( <b><i>syringe, disposable, 60 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML ( <b><i>syringe, disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML ( <b><i>syringe, disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <b><i>syringe,safety with needle,1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <b><i>syringe, disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <b><i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i></b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" ( <i>syringe with needle, disposable, 0.5 ml</i> )	Nivel 3	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MULTI-DRAW NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" ( <i>needles, blood collection</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 10 SG STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 5 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 7 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 8 SG STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 9 SG STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX 9 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MULTISTIX STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
MYGLUCOHEALTH STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
<i>needle (disp) 16 g needle 16 gauge x 1"</i>	Nivel 3	
<i>needle (disp) 18 g needle 18 gauge x 1"</i>	Nivel 3	
<i>needle (disp) 19 g needle 19 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
<i>needle (disp) 23 gauge needle 23 gauge x 1"</i>	Nivel 3	
<i>needles, huber disposable needle 22 x 1 "</i>	Nivel 3	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NOKOR NEEDLE NEEDLE 16 GAUGE X 1", 18 GAUGE X 1" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, disposable, 10 ml</i> )	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML ( <i>syringe, disposable, 20 ml</i> )	Nivel 3	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
NO-STICK GLUCOSE STRIP ( <i>urine glucose test strip</i> )	Nivel 3	DD
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
NOVA SUREFLEX LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cart,automated dosing,bt,g6/g7 with controller</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge,subcut automated dosing,bt,g6/g7</i> )	Nivel 2	DD
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,radio freq</i> )	Nivel 2	DD
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge,continuous infusion,bt and controller</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) ( <i>insulin pump controller</i> )	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, bluetooth</i> )	Nivel 2	DD
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable</i> )	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE ( <i>inhaler, assist devices, accessories</i> )	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER ( <i>inhaler, assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
OPTIUM EZ STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTIUM TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE ( <i>spirometers and accessories</i> )	Nivel 3	
PHARMACIST CHOICE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM ( <i>transfer device, closed system</i> )	Nivel 3	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PISTON SYRINGE WITH ENFIT SYRINGE 60 ML ( <i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i> )	Nivel 3	
PLATINUM TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
POCKET CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1/2" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION PCX TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION Q-I-D TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

<b>Nombre del Medicamento Recetado</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y Límites de Cobertura</b>
PRECISION XTRA TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIER TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIUM V10 STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PRIMEAIRE SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with large mask</i> )	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER ( <i>inhaler, assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
PROCHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PRODIGY NO CODING STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
QUINTET AC STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT ( <i>covid-19 antigen immunoassay test</i> )	\$0	
REFUAH PLUS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
RELION CONFIRM-MICRO STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELION ULTIMA STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
REVEAL TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe,needle,safety 1 ml,self-contained disposal unit</i> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML ( <i>syringe, safety 10 ml, self-contained disposal unit</i> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" ( <i>syringe,safety needle 10 ml and self-contained disposal unit</i> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <i>syringe, safety 3 ml, self-contained disposal unit</i> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <i>syringe 3 ml with safety needle,self-contained disposal unit</i> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML ( <i>syringe, safety 5 ml, self-contained disposal unit</i> )	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" ( <i>syringe, safety needle 5 ml and self-contained disposal unit</i> )	Nivel 3	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</b>	Nivel 3	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
SILICONE MASK - INFANT DEVICE ( <b>inhaler, assist devices, accessories</b> )	Nivel 3	
SINGLE-LET ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMARTTEST LANCET ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
SMARTTEST TEST STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SOFT TOUCH LANCETS ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SPACE CHAMBER SPACER ( <b>inhaler, assist devices</b> )	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER ( <b>inhaler, assist device with large mask</b> )	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER ( <b>inhaler, assist device with medium mask</b> )	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER ( <b>inhaler, assist device with small mask</b> )	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT ( <b>covid-19 antigen immunoassay test</b> )	\$0	
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SURE-TOUCH LANCET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1 1/2" ( <i>needles, safety</i> )	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,1 ml</i> )	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,10 ml</i> )	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <i>syringe,safety with needle,3 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,5 ml</i> )	Nivel 3	
SUSVIMO IMPLANT AND INS. TOOL INTRAVITREAL IMPLANT ( <i>ocular implant with insertion tool for ranibizumab</i> )	Nivel 4	
<i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Nivel 3	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE ( <i>syringe, disposable</i> )	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 0.5 ml</i>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 1 ml, 3 ml, 35 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 10 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 20 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 5 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 1 ml, 3 ml, 35 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 10 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 20 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 5 ml</i>	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK ( <i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK ( <i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK ( <i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI CARTRIDGE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI SYSTEM ( <i>subcutaneous insulin pump</i> )	Nivel 3	PA; DD
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK ( <i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i> )	Nivel 3	DD
TD GOLD TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TELCARE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TELCARE TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT ( <i>lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze</i> )	Nivel 2	DD
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML ( <i>syringe, disposable, 30 ml</i> )	Nivel 3	
TEST N'GO TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
THIN LANCETS 26 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE ( <i>spirometers and accessories</i> )	Nivel 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE ( <i>spirometers and accessories</i> )	Nivel 3	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML ( <i>syringe, disposable irrigation, 70 ml</i> )	Nivel 3	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TROJAN BARESKIN DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TROJAN ULTRA THIN DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TRUE COVER CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUEPLUS KETONE STRIP ( <i>urine acetone test strips</i> )	Nivel 3	DD
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
TRUETEST TEST STRIPS STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUETRACK TEST STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, non-lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE ( <i>condoms, latex, non-lubricated</i> )	\$0	CT; EHB
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML ( <i>syringe, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</b>	Nivel 3	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" ( <b>syringe with needle,disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" ( <b>syringe with needle,disposable, 3 ml</b> )	Nivel 3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML ( <b>syringe, safety 3 ml</b> )	Nivel 3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b>syringe,safety with needle,3 ml</b> )	Nivel 3	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ( <b>syringe with needle,disposable, 1 ml</b> )	Nivel 3	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ( <b>syringe,safety with needle,1 ml</b> )	Nivel 3	
ULILET BASIC LANCETS 30 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
ULILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
ULILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
ULILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
ULTIMA TEST STRIPS STRIP ( <b>blood sugar diagnostic</b> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE ( <b>lancets</b> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA TLC LANCETS ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
ULTRATRAK STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNILET GP LANCET ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNILET LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
URISTIX 4 STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
URISTIX REAGENT STRIP ( <i>urine multiple test strips</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,10 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" ( <i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,3 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe,safety with needle,5 ml</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 5 ml</i> )	Nivel 3	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" ( <i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i> )	Nivel 3	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
V-GO 20 DEVICE ( <i>sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable</i> )	Nivel 2	DD
V-GO 30 DEVICE ( <i>sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable</i> )	Nivel 2	DD
V-GO 40 DEVICE ( <i>sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable</i> )	Nivel 2	DD
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	DD
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER ( <i>inhaler, assist devices</i> )	Nivel 3	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER ( <i>inhaler,assist device with medium mask</i> )	Nivel 3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER ( <i>inhaler,assist device with small mask</i> )	Nivel 3	
WAVESENSE JAZZ STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
WAVESENSE PRESTO STRIP ( <i>blood sugar diagnostic</i> )	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM ( <i>diaphragms, wide seal</i> )	\$0	CT; EHB
YALE DISPOSABLE NEEDLES NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/4" ( <i>needles, disposable</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas</b>		
<b>Reemplazo de Enzimas en Enfermedades Metabólicas, Alfamanosidosis</b>		
LAMZEDE INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG ( <i>velmanase alfa-tycv</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
<b>Medicamentos para Tratar la Lipofuscinosis Ceroide Neuronal Tipo 2 (CLN2)- Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BRINEURA INTRAVENTRICULAR KIT 300 MG/10 ML (150MG/5ML X2) ( <i>cerliponase alfa</i> )	Nivel 4	PA
BRINEURA INTRAVENTRICULAR SOLUTION 150 MG/ 5 ML ( <i>cerliponase alfa</i> )	Nivel 4	PA
<b>Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Deficiencia de Esfingomielinasa Ácida - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
XENPOZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 4 MG ( <i>olipudase alfa-rpcp</i> )	Nivel 4	PA
<b>Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Batten - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
BRINEURA INTRAVENTRICULAR KIT 300 MG/10 ML (150MG/5ML X2) ( <i>cerliponase alfa</i> )	Nivel 4	PA
BRINEURA INTRAVENTRICULAR SOLUTION 150 MG/ 5 ML ( <i>cerliponase alfa</i> )	Nivel 4	PA
<b>Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Fabry - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML ( <i>pegunigalsidase alfa-iwxj</i> )	Nivel 4	PA
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG ( <i>agalsidase beta</i> )	Nivel 4	PA
<b>Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Gaucher - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT ( <i>imiglucerase</i> )	Nivel 4	PA
ELELYSO INTRAVENOUS RECON SOLN 200 UNIT ( <i>taliglucerase alfa</i> )	Nivel 4	PA
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT ( <i>velaglucerase alfa</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Hipofosfatasa - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML ( <i>asfotase alfa</i> )	Nivel 4	PA
<b>Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Deficiencia de Lipasa Ácida Lisosomal - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML ( <i>sebelipase alfa</i> )	Nivel 4	PA
<b>Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Deficiencia de Cofactor de Molibdeno - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
NULIBRY INTRAVENOUS RECON SOLN 9.5 MG ( <i>fosdenopterin hydrobromide</i> )	Nivel 4	PA
<b>Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Mucopolisacaridosis - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML ( <i>laronidase</i> )	Nivel 4	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML ( <i>idursulfase</i> )	Nivel 4	
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML ( <i>vestronidase alfa-vjvk</i> )	Nivel 4	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML ( <i>galsulfase</i> )	Nivel 4	
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML) ( <i>elosulfase alfa</i> )	Nivel 4	PA
<b>Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Pompe - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG ( <i>alglucosidase alfa</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NEXVIAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>avalglucosidase alfa-ngpt</i> )	Nivel 4	PA
POMBILITI INTRAVENOUS RECON SOLN 105 MG ( <i>cipaglucosidase alfa-atga</i> )	Nivel 4	PA
<b>Dx Reemplazo de Enzimas Metabólicas, Inmunodeficiencia Combinada Grave - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas</b>		
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) ( <i>elapegademase-ivlr</i> )	Nivel 4	PA
<b>Modificadores Metabólicos</b>		
<b>Modificador Metabólico - Enfermedad de Neimann-Pick Tipo C (NPC)</b>		
AQNEURSA ORAL GRANULES IN PACKET 1 GRAM ( <i>levacetylleucine</i> )	Nivel 4	PA
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG ( <i>arimoclomol citrate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Modificadores Metabólicos - Enfermedad de Pompe - Inhibidor de GCS</b>		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG ( <i>miglustat</i> )	Nivel 4	PA
<b>Modificadores Metabólicos - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
<b>Agentes para el Tratamiento del Hiperparatiroidismo - Tipo Análogo de Vitamina D - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Nivel 1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG ( <i>calcifediol</i> )	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Modificadores Metabólicos - Agentes Reponedores de Carnitina - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	
<b>Modificadores Metabólicos - Enfermedad de Gaucher, Tipo 1, Tx de Reducción de Sustrato - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG ( <i>eliglustat tartrate</i> )	Nivel 4	
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>miglustat</i> (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 4	PA
<b>Modificadores Metabólicos - Agentes para el Tratamiento de la Aciduria Orótica Hereditaria - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM ( <i>uridine triacetate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Modificadores Metabólicos - Agentes para el Tratamiento de la Tirosinemia Hereditaria - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG ( <i>nitisinone</i> )	Nivel 4	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>nitisinone</i> )	Nivel 4	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML ( <i>nitisinone</i> )	Nivel 4	PA
<b>Modificadores Metabólicos - Agentes de Tratamiento de Homocistinuria - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Modificadores Metabólicos - Inhibidores de Fosfatidilinositol-3-Quinasa (PI3K) - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG ( <i>leniolisib phosphate</i> )	Nivel 4	PA
VIJOICE ORAL GRANULES IN PACKET 50 MG ( <i>alpelisib</i> )	Nivel 4	PA
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG ( <i>alpelisib</i> )	Nivel 4	PA
<b>Modificadores Metabólicos - Agentes para Trastornos del Ciclo de la Urea: Agentes Conjugantes - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
OLPRUVA ORAL PELLETS IN PACKET 2 GRAM, 3 GRAM, 4 GRAM, 5 GRAM, 6 GRAM, 6.67 GRAM ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	Nivel 4	PA
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	Nivel 4	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML ( <i>glycerol phenylbutyrate</i> )	Nivel 4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	Nivel 4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Activador del Modificador Metabólico-Carbamoil Fosfato Sintetasa 1 (CPS 1) - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG ( <i>carglumic acid</i> )	Nivel 4	PA
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Farmacopotenciador - Inhibidores del Citocromo P450 - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG ( <i>cobicistat</i> )	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<b>Tx Chaperón Farmacológico - Estabilizador de la Enzima alfa-galactosidasa A - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG ( <i>migalastat hcl</i> )	Nivel 4	PA
<b>Tx Agentes de Fenilcetonuria (PKU) - Cofactor de la Fenilalanina Hidroxilasa - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Powder In Packet 100 Mg, 500 Mg)	Nivel 4	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Nivel 4	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Nivel 4	
<b>Tx Agentes de Fenilcetonuria (PKU) - Fenilalanina Amoníaco Liasa - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML ( <i>pegvaliase-pqpz</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes para el Tratamiento del Síndrome de Progeria - Inhibidor de Farnesiltransferasa - Fármacos que Alteran el Metabolismo</b>		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG ( <i>lonafarnib</i> )	Nivel 4	PA
<b>Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
<b>Producto Dental - Preparaciones de Fluoruro - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 3	
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 1	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % ( <i>sodium fluoride/potassium nitrate</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental cream 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental paste 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA EDAD ES DE 6 MESES A 6 AÑOS
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA EDAD ES DE 6 MESES A 6 AÑOS
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % ( <i>sodium fluoride/potassium nitrate</i> )	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % ( <i>sodium fluoride/potassium nitrate</i> )	Nivel 3	
FRAICHE 5000 KIDS PLUS DENTAL GEL 1.1-4 % ( <i>sodium fluoride/hydroxyapatite</i> )	Nivel 3	
FRAICHE 5000 PREVI DENTAL GEL 1.1-3 % ( <i>sodium fluoride/hydroxyapatite</i> )	Nivel 3	
JUST RIGHT 5000 DENTAL PASTE 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 3	
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 1	
SF DENTAL GEL 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % ( <i>fluoride (sodium)</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Nivel 1	
<b>Producto Dental - Anestésicos Locales - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
KOVANAZE NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 6-0.1 MG/0.2 ML ( <i>tetracaine hcl/oxymetazoline hcl</i> )	Nivel 3	
ORAQIX DENTAL CARTRIDGE 2.5-2.5 % ( <i>lidocaine/prilocaine</i> )	Nivel 3	
<b>Boca y Garganta - Antifúngico - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<b>Boca y Garganta - Mezclas Antiinfecciosas - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 30-50 % ( <i>sulfuric acid/sulfonated phenol</i> )	Nivel 3	
<b>Boca y Garganta - Antisépticos - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Nivel 1	
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Periogard Mucous Membrane Mouthwash 0.12 %)	Nivel 1	
<b>Boca y Garganta - Saliva Artificial - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID ( <i>flaxseed</i> )	Nivel 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM ( <i>sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Boca y Garganta - Glucocorticoides - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Nivel 1	
<b>Boca y Garganta - Amidas Anestésicas Locales - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %, 4 % (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl</i> (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution 2 %)	Nivel 1	
PRO DNA COLLECTION MUCOUS MEMBRANE KIT 2 % ( <i>lidocaine hcl/glycerin</i> )	Nivel 1	
<b>Boca y Garganta - Agentes de Mucositis-Estomatitis - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH ( <i>potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps</i> )	Nivel 3	
<b>Boca y Garganta - Estimulantes de la Saliva - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Producto Periodontal - Inhibidores de Colagenasa Tipo Tetraciclina - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia para el Babeo - Sialorrea Primaria o Secundaria, Anticolinérgico - Medicamentos para la Boca y Garganta</b>		
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<b>Agentes de Esclerosis Múltiple - Medicamentos para el Sistema Nervioso</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Inhibidores de la Adhesión de Leucocitos, Mediados por alfa4, Anticuerpo IgG4k mc - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple</b>		
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML ( <i>natalizumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente de Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico CD20 - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple</b>		
BRIUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML ( <i>ublituximab-xiyy</i> )	Nivel 4	PA
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML ( <i>ofatumumab</i> )	Nivel 4	PA
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML ( <i>ocrelizumab</i> )	Nivel 4	PA
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML ( <i>ocrelizumab-hyaluronidase-ocsq</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente de Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico CD52 - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple</b>		
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/1.2 ML ( <i>alemtuzumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente de Esclerosis Múltiple - Interferones - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple</b>		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.5 ML ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG ( <i>interferon beta-1b</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BETASERON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.3 MG ( <i>interferon beta-1b</i> )	Nivel 4	PA
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML ( <i>interferon beta-1a/albumin human</i> )	Nivel 4	PA
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) ( <i>interferon beta-1a/albumin human</i> )	Nivel 4	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) ( <i>interferon beta-1a/albumin human</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente de Esclerosis Múltiple - Otros - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple</b>		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG ( <i>monomethyl fumarate</i> )	Nivel 4	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
<i>glatiramer acetate</i> (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/ML, 40 Mg/ML)	Nivel 4	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG ( <i>diroximel fumarate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente de Esclerosis Múltiple - Bloqueador de Canales de Potasio - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Agente de Esclerosis Múltiple - Análogos de Nucleósidos de Purina - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple</b>		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG ( <i>cladribine</i> )	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG ( <i>cladribine</i> )	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG ( <i>cladribine</i> )	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG ( <i>cladribine</i> )	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG ( <i>cladribine</i> )	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG ( <i>cladribine</i> )	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG ( <i>cladribine</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agente de Esclerosis Múltiple - Inhibidores de la Síntesis de Pirimidina - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple</b>		
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Agente de Esclerosis Múltiple - Modulador del Receptor de Esfingosina 1-fosfato - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple</b>		
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 4	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG ( <i>fingolimod hcl</i> )	Nivel 4	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG ( <i>siponimod</i> )	Nivel 4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) ( <i>siponimod</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) ( <i>siponimod</i> )	Nivel 4	PA
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) ( <i>ponesimod</i> )	Nivel 4	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG ( <i>ponesimod</i> )	Nivel 4	PA
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG ( <i>fingolimod lauryl sulfate</i> )	Nivel 4	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG ( <i>ozanimod hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG - 0.92 MG (21) ( <i>ozanimod hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) ( <i>ozanimod hydrochloride</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Antiparasitarios Oftálmicos</b>		
XDEMYV OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % ( <i>lotilaner</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inhibidores del Complemento Oftálmico</b>		
IZERVAY (PF) INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.1 ML ( <i>avacincaptad pegol sodium/pf</i> )	Nivel 4	PA
<b>Agentes Oftálmicos - Medicamentos para los Ojos</b>		
<b>Lágrimas Artificiales y Agentes Únicos Lubricantes - Medicamentos para los Ojos</b>		
KLARITY (CHONDROITIN) (PF) OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % ( <i>chondroitin sulfate a sodium/pf</i> )	Nivel 3	
MIEBO (PF) OPTHALMIC (EYE) DROPS 100 % ( <i>perfluorohexyloctane/pf</i> )	Nivel 2	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Inhibidores Biespecíficos de VEGF-A y Angiopoyetina-2 (Ang-2) - Medicamentos para el Cáncer</b>		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION 6 MG/0.05 ML ( <i>faricimab-svoa</i> )	Nivel 4	PA
VABYSMO INTRAVITREAL SYRINGE 6 MG/0.05 ML ( <i>faricimab-svoa</i> )	Nivel 4	PA
<b>Mióticos - Inhibidores de la Colinesterasa - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % ( <i>echothiophate iodide</i> )	Nivel 3	
<b>Mióticos - Acción Directa - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones Midriáticas y Ciclopléjicas - Medicamentos para los Ojos</b>		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-1 % ( <i>cyclopentolate hcl/phenylephrine hcl</i> )	Nivel 3	
<i>cyclopen-tropic-phenyleph-watr ophthalmic (eye) drops 1-1-2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-10 %- 0.5 %, 1 %-1 %-2.5 %- 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-0.1 %- 2.5 %-0.4 %</i>	Nivel 1	
MYDCOMBI OPHTHALMIC (EYE) CARTRIDGE 2.5-1 % ( <i>phenylephrine hcl/tropicamide</i> )	Nivel 3	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Oftálmico - Betabloqueantes-Inhibidores de la Anhidrasa Adrenérgica-Carbónica y Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>timol-brimon-dorzol-bimato(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %-0.15 %- 2 %-0.01 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Agonista de los Receptores Adrenérgicos - Medicamentos para los Ojos</b>		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % ( <i>oxymetazoline hcl/pf</i> )	Nivel 3	PA
<b>Oftálmico - Combinaciones de Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica y Adrenérgica - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>brimonidine-dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 0.15-2 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine-dorzolamide ophthalmic (eye) drops 0.1-2 %</i>	Nivel 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % ( <i>brinzolamide/brimonidine tartrate</i> )	Nivel 2	
<b>Oftálmico - Agentes para la Reticulación del Colágeno Cornea - Medicamentos para los Ojos</b>		
PHOTREXA CROSS-LINKING KIT OPHTHALMIC (EYE) COMBO, DROPS AND DROPS VISCOUS 0.146 % -0.146 % ( <i>riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran</i> )	Nivel 4	
PHOTREXA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.146 % ( <i>riboflavin 5-phosphate sodium (b2)</i> )	Nivel 4	
PHOTREXA VISCOUS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, VISCOUS 0.146 % ( <i>riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran</i> )	Nivel 4	
<b>Oftálmico - Agentes para la Presbicia - Medicamentos para los Ojos</b>		
VUITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % ( <i>pilocarpine hcl</i> )	Nivel 3	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Oftálmico - Combinaciones de Antibacterianos y Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 10-0.2 % ( <i>sulfacetamide sodium/prednisolone acetate</i> )	Nivel 2	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin b/hydrocortisone</i> (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)	Nivel 1	
PRED-G S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.6 % ( <i>gentamicin sulfate/prednisolone acetate</i> )	Nivel 3	
<i>prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Nivel 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % ( <i>tobramycin/dexamethasone</i> )	Nivel 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % ( <i>tobramycin/dexamethasone</i> )	Nivel 3	ST

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % ( <i>tobramycin/loteprednol etabonate</i> )	Nivel 3	
<b>Oftálmico - Combinaciones de Antibacterianos, Glucocorticoides y AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>prednisoln sp-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolon-moxiflox-bromf(pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.09 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Antibiótico - Vancomicina y Derivados - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1-2.5 %, 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl ophthalmic (eye) drops 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico – Anticolinérgicos - Medicamentos para los Ojos</b>		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) ointment 1 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine sulfate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 1 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % ( <i>homatropine hbr</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmicos - Agentes Antifibróticos - Medicamentos para los Ojos</b>		
<i>mitomycin (pf) in water ophthalmic (eye) syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/ml</i>	Nivel 4	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG ( <i>mitomycin</i> )	Nivel 3	
<b>Oftálmicos - Antihistamínicos - Medicamentos para la Picazón en los Ojos</b>		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (12 ML por 30 días)
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 30 días)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 30 días)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 1	QL (3 ML por 30 días)
<b>Oftálmicos - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>clobetasol ophthalmic (eye) drops,suspension 0.05 %</i>	Nivel 1	ST; QL (3.5 ML por 14 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (15 ML por 14 días)
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG ( <i>dexamethasone</i> )	Nivel 3	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 14 días)
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % ( <i>loteprednol etabonate</i> )	Nivel 3	PA
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % ( <i>fluorometholone acetate</i> )	Nivel 3	ST; QL (15 ML por 14 días)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 14 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % <i>(fluorometholone)</i>	Nivel 3	ST; QL (10 ML por 14 días)
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT 0.19 MG <i>(fluocinolone acetonide)</i>	Nivel 3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % <i>(loteprednol etabonate)</i>	Nivel 3	ST; QL (5.6 ML por 14 días)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % <i>(loteprednol etabonate)</i>	Nivel 2	QL (7 GM por 14 días)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % <i>(loteprednol etabonate)</i>	Nivel 2	QL (10 GM por 14 días)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (10 GM por 14 días)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 14 días)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % <i>(dexamethasone)</i>	Nivel 3	ST; QL (25 ML por 14 días)
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT 0.7 MG <i>(dexamethasone)</i>	Nivel 3	
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % <i>(prednisolone acetate)</i>	Nivel 3	ST; QL (20 ML por 14 días)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT 0.59 MG <i>(fluocinolone acetonide)</i>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Oftálmicos - Antiinflamatorios, Inmunomoduladores - Antiinfeciosos/Antiinflamatorios</b>		
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 % ( <i>cyclosporine</i> )	Nivel 3	ST; QL (60 EA por 30 días)
CYCLOSPORINE IN KLARITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.25 % ( <i>cyclosporine/chondroitin sulfate a sodium</i> )	Nivel 1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % ( <i>cyclosporine</i> )	Nivel 2	QL (5.5 ML por 30 días)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % ( <i>cyclosporine</i> )	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
VEVYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % ( <i>cyclosporine</i> )	Nivel 3	PA
<b>Oftálmico - Antiinflamatorio, Antagonistas de LFA-1 - Antiinfeciosos/Antiinflamatorios</b>		
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % ( <i>lifitegrast</i> )	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
<b>Oftálmico - Antiinflamatorios, AINE (NSAID) - Antiinfeciosos/Antiinflamatorios</b>		
ACUVAIL (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.45 % ( <i>ketorolac tromethamine/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (60 EA por 15 días)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	Nivel 1	ST; QL (3 ML por 16 días)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	Nivel 1	ST; QL (5 ML por 16 días)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	Nivel 1	ST; QL (3.4 ML por 16 días)
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 14 días)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ILEVRO OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % ( <i>nepafenac</i> )	Nivel 2	QL (3.4 ML por 16 días)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 30 días)
NEVANAC OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % ( <i>nepafenac</i> )	Nivel 3	ST; QL (9 ML por 16 días)
<b>Oftálmicos – Combinaciones de Betabloqueantes-Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica-Adrenérgico - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>timolol-brimonidi-dorzolam(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-0.15-2 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmicos - Betabloqueantes-Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica y Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>timolol-dorzolam-bimatopro(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmicos - Betabloqueantes-Combinaciones Adrenérgicas - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Combinaciones de Betabloqueantes-Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmicos - Betabloqueantes-Combinaciones de Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>timolol-bimatoprost (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-0.01 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmicos - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Agentes que Agotan la Cistina - Medicamentos para los Ojos</b>		
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 % ( <i>cysteamine hcl</i> )	Nivel 4	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % ( <i>cysteamine hcl</i> )	Nivel 4	PA
<b>Oftálmicos - Descongestionantes - Medicamentos para la Picazón en los Ojos</b>		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Agentes Diagnóstico - Medicamentos para los Ojos</b>		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % ( <i>benoxinate hcl/fluorescein sodium</i> )	Nivel 1	
BIOGLO OPHTHALMIC (EYE) STRIP 1 MG ( <i>fluorescein sodium</i> )	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorescein-proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.25-0.5 %</i>	Nivel 1	
GLOSTRIPS OPHTHALMIC (EYE) STRIP 0.6 MG, 1 MG ( <i>fluorescein sodium</i> )	Nivel 1	
GREEN GLO OPHTHALMIC (EYE) STRIP 1.5 MG ( <i>lissamine green</i> )	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Combinaciones de Glucocorticoides y AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>prednisolone acetate-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sod ph-bromf (pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.09 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Factor de Crecimiento Nervioso Humano (hNGF)- Medicamentos para los Ojos</b>		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % ( <i>cenegermin-bkbj</i> )	Nivel 4	PA
<b>Oftálmico - Agentes Reductores de la Presión Intraocular, Betabloqueantes - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % ( <i>timolol</i> )	Nivel 3	
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % ( <i>betaxolol hcl</i> )	Nivel 3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Combinaciones de Anestésicos Locales - Medicamentos para los Ojos</b>		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % ( <i>benoxinate hcl/fluorescein sodium</i> )	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Ésteres Anestésicos Locales - Medicamentos para los Ojos</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %)	Nivel 1	
ALTACAINE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % ( <i>tetracaine hcl</i> )	Nivel 1	
IHEEZO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE,GEL 3 % ( <i>chloroprocaine hcl/pf</i> )	Nivel 3	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Anestésico Local, Amidas - Medicamentos para los Ojos</b>		
AKTEN (PF) OPHTHALMIC (EYE) GEL 3.5 % ( <i>lidocaine hcl/pf</i> )	Nivel 3	
<b>Oftálmico - Degeneración Macular, Relacionada con la Edad, Agentes Terapéutico - Medicamentos para los Ojos</b>		
BEOVU INTRAVITREAL SYRINGE 6 MG/0.05 ML ( <i>brolucizumab-dbll</i> )	Nivel 4	PA
<i>bevacizumab intravitreal syringe 1.25 mg/0.05 ml, 2 mg/0.08 ml, 2.5 mg/0.1 ml, 2.75 mg/0.11 ml, 3.25 mg/0.13 ml</i>	Nivel 4	PA
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION 0.5 MG/0.05 ML ( <i>ranibizumab-nuna</i> )	Nivel 4	PA
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML ( <i>ranibizumab-eqrn</i> )	Nivel 4	PA
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION 8 MG/0.07 ML ( <i>aflibercept</i> )	Nivel 4	PA
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.05 ML ( <i>aflibercept</i> )	Nivel 4	PA
EYLEA INTRAVITREAL SYRINGE 2 MG/0.05 ML ( <i>aflibercept</i> )	Nivel 4	PA
IZERVAY (PF) INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.1 ML ( <i>avacincaptad pegol sodium/pf</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML ( <i>ranibizumab</i> )	Nivel 4	PA
LUCENTIS INTRAVITREAL SYRINGE 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML ( <i>ranibizumab</i> )	Nivel 4	PA
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML ( <i>ranibizumab/needle, initial fill, filter</i> )	Nivel 4	PA
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML ( <i>ranibizumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Oftálmico - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para la Picazón en los Ojos</b>		
ALOCRILOPHTHALMIC (EYE) DROPS 2 % ( <i>nedocromil sodium</i> )	Nivel 2	ST; QL (20 ML por 30 días)
ALOMIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % ( <i>lodoxamide tromethamine</i> )	Nivel 2	ST; QL (40 ML por 30 días)
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	Nivel 1	QL (50 ML por 30 días)
<b>Oftálmico - Combinaciones Midriático-AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1-0.5-2.5-0.5 % ( <i>tropicamide/propracaine/phenylephrine/ketorolac in water</i> )	Nivel 1	
<b>Oftálmico - Agentes de Terapia Fotodinámica - Medicamentos para los Ojos</b>		
VISUDYNE INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG ( <i>verteporfin</i> )	Nivel 4	
<b>Oftálmico - Combinación de Inhibidor de Rho Quinasa y Análogo de Prostaglandina - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % ( <i>netarsudil mesylate/latanoprost</i> )	Nivel 3	ST; QL (2.5 ML por 25 días)
<b>Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Medicamentos para los Ojos</b>		
GELFILM OPHTHALMIC (EYE) FILM ( <i>gelatin</i> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Oftálmico - Agentes Viscoelásticos - Medicamentos para los Ojos</b>		
AMVISC INTRAOCULAR SYRINGE 12 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SYRINGE 16 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	
BIOLON INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	
HEALON ENDOCOAT INTRAOCULAR SYRINGE 30 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SYRINGE 18 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	
HEALON PRO INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SYRINGE 23 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	
PROVISC INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SYRINGE 2.5 % (1 ML) 1 % (1 ML) ( <i>hyaluronate sodium</i> )	Nivel 3	
<b>Mezclas Antibacterianas Oftálmicas - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin b (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i> (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1-2.5 %, 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
<b>Antibiótico Oftálmico - Aminoglucósidos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1-2.5 %, 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % ( <i>tobramycin</i> )	Nivel 2	
<b>Antibiótico Oftálmico - Inhibidores de la Deshidropeptidasa - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Nivel 1	
<b>Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 % ( <i>besifloxacin hcl</i> )	Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antibiótico Oftálmico - Macrólidos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 % ( <i>azithromycin</i> )	Nivel 3	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Nivel 1	
<b>Antibiótico Oftálmico - Sulfonamidas - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Nivel 1	
<b>Antibiótico Oftálmico - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % ( <i>natamycin</i> )	Nivel 3	
<b>Antibiótico Oftálmico - Tipo Polieno Tetraeno - Medicamentos para los Ojos</b>		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % ( <i>natamycin</i> )	Nivel 3	
<b>Antibiótico Oftálmico - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Nivel 1	
<b>Antivirales Oftálmicos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % ( <i>ganciclovir</i> )	Nivel 3	ST
<b>Reductores de Presión Oftálmico-Intraocular, Agonistas Sel Alfa Adrenérgicos - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % ( <i>apraclonidine hcl</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes Reductores de la Presión Oftálmico-Intraocular, Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
<i>bimatoprost (pf) ophthalmic (eye) drops 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	QL (1 ML por 12 días)
DURYSTA INTRACAMERAL IMPLANT 10 MCG ( <i>bimatoprost</i> )	Nivel 4	
IDOSE TR INTRACAMERAL IMPLANT 75 MCG ( <i>travoprost</i> )	Nivel 4	
IYUZEH (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.005 % ( <i>latanoprost/pf</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	Nivel 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % ( <i>bimatoprost</i> )	Nivel 2	QL (2.5 ML por 25 días)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	Nivel 1	QL (2.5 ML por 25 días)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % ( <i>latanoprostene bunod</i> )	Nivel 3	ST; QL (2.5 ML por 25 días)
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 % ( <i>latanoprost</i> )	Nivel 3	ST; QL (2.5 ML por 25 días)
<b>Agentes Reductores de la Presión Oftálmico-Intraocular, Inhibidores de la Rho Quinasa - Medicamentos para el Glaucoma</b>		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % ( <i>netarsudil mesylate</i> )	Nivel 3	ST; QL (2.5 ML por 30 días)
<b>Antagonistas del Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A) - Medicamentos para los Ojos</b>		
BEOVU INTRAVITREAL SYRINGE 6 MG/0.05 ML ( <i>brolucizumab-dblf</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>bevacizumab intravitreal syringe 1.25 mg/0.05 ml, 2 mg/0.08 ml, 2.5 mg/0.1 ml, 2.75 mg/0.11 ml, 3.25 mg/0.13 ml</i>	Nivel 4	PA
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION 0.5 MG/0.05 ML ( <i>ranibizumab-nuna</i> )	Nivel 4	PA
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML ( <i>ranibizumab-eqrn</i> )	Nivel 4	PA
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML ( <i>ranibizumab</i> )	Nivel 4	PA
LUCENTIS INTRAVITREAL SYRINGE 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML ( <i>ranibizumab</i> )	Nivel 4	PA
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML ( <i>ranibizumab/needle, initial fill, filter</i> )	Nivel 4	PA
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML ( <i>ranibizumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inhibidores del Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A y PIGF) - Medicamentos para los Ojos</b>		
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION 8 MG/0.07 ML ( <i>aflibercept</i> )	Nivel 4	PA
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.05 ML ( <i>aflibercept</i> )	Nivel 4	PA
EYLEA INTRAVITREAL SYRINGE 2 MG/0.05 ML ( <i>aflibercept</i> )	Nivel 4	PA
<b>Soluciones para la Preservación de Órganos</b>		
<b>Soluciones Micropléjicas</b>		
<i>microplegic solution no.1 perfusion solution 7.84 %-8.56 % (0.92 molar)</i>	Nivel 1	
<i>microplegic solution no.1-cp2d perfusion solution 7.84 %-8.56 % (0.92 molar)</i>	Nivel 1	
<b>Soluciones para la Preservación de Órganos - Medicamentos para el Corazón</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Soluciones Cardiopléjicas y de Conservación de Otros Órganos Relacionados - Medicamentos para el Corazón</b>		
CUSTODIOL HTK PERFUSION SOLUTION 9 MMOL-198 MMOL -2 MMOL/L ( <i>cardioplegic and organ preservation solution no.1</i> )	Nivel 3	
<b>Soluciones Cardiopléjicas - Medicamentos para el Corazón</b>		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA PERFUSION SOLUTION 26 MEQ/1,052.8 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic solution no.16</i> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM PERFUSION SOLUTION 108 MEQ/500 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic solution no.10</i> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 4:1 PLASMALYT PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/542 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic no.23 (induction 4:1)</i> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 48 MEQ/522.8 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic solution no.27 (induction 4:1)</i> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH PERFUSION SOLUTION 70 MEQ/300 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic solution no.18 (induction 8:1)</i> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/415 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic solution no.22 (induction 4:1)</i> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/500 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic solution no.30 (induction 4:1)</i> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 60 MEQ/830 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic solution no.34 (induction 4:1)</i> )	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1 PERFUSION SOLUTION 100 MEQ/500 ML (POTASSIUM) ( <b>cardioplegic solution no.15 (induction 8:1)</b> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAIN 8:1 NO-ENRCH PERFUSION SOLUTION 24 MEQ/300 ML (POTASSIUM) ( <b>cardioplegic solution no.32 (maintenance 8:1)</b> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 PLASMA PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/1,047 ML (POTASSIUM) ( <b>cardioplegic solution no.31 (maintenance 4:1)</b> )	Nivel 3	
CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 12 MEQ/504.8 ML (POTASSIUM) ( <b>cardioplegic solution no.29 (maintenance 4:1)</b> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 20 MEQ/810 ML (POTASSIUM) ( <b>cardioplegic solution no.20 (maintenance 4:1)</b> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/L (POTASSIUM) ( <b>cardioplegic solution no.26 (maintenance 4:1)</b> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/500 ML (POTASSIUM) ( <b>cardioplegic solution no.14 (maintenance 8:1)</b> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 15 MEQ/477.5 ML (POTASSIUM) ( <b>cardioplegic no.21 (reperfusate 4:1)</b> )	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 15 MEQ/500 ML (POTASSIUM) ( <b>cardioplegic solution no.28 (reperfusate 4:1)</b> )	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 7.5 MEQ/238.75 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic solution no.24 (reperfusate 4:1)</i> )	Nivel 3	
CARDIOPLEGIA WARM INDUCT 4:1 PERFUSION SOLUTION 40 MEQ/500 ML (POTASSIUM) ( <i>cardioplegic solution no.33 (warm induction 4:1)</i> )	Nivel 3	
<i>cardioplegic no.17(induct 4:1) perfusion solution 50 meq/500 ml (potassium)</i>	Nivel 1	
<i>cardioplegic no.19 (maint 4:1) perfusion solution 40 meq/l (potassium)</i>	Nivel 1	
<i>cardioplegic soln perfusion solution 16 meq/l (= k+)</i>	Nivel 1	
<i>cardioplegic solution no.25 perfusion solution 29 mmol/l (potassium)</i>	Nivel 1	
<b>Ótico (Oído) - Medicamentos para el Oído</b>		
<b>Ótico (Oído) - Combinaciones Antiinfecciosas y Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 % ( <i>ciprofloxacin hcl/hydrocortisone</i> )	Nivel 3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone otic (ear) solution 0.3-0.025 % (0.25 ml)</i>	Nivel 1	
CORTISPORIN-TC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML ( <i>neomycin sulf/colistin sul/hydrocortisone ac/thonzonium brom</i> )	Nivel 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml- unit/ml-%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
<b>Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibióticos</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Nivel 1	
<b>Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibióticos</b>		
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<b>Ótico (Oído) - Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios</b>		
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Nivel 1	
<b>Ótico (Oído) - Combinaciones de Pabellón Auricular - Antibióticos</b>		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % ( <i>hydrocortisone/pramoxine hcl/chloroxyleneol</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes de Terapia Respiratoria</b>		
<b>Asma/EPOC - Inhibidores de Fosfodiesterasa-3 y -4 (PDE3 y PDE4)</b>		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 3 MG/2.5 ML ( <i>ensifentrine</i> )	Nivel 3	PA
<b>Agentes de Terapia Respiratoria - Medicamentos para los Pulmones</b>		
<b>Combinaciones de Antihistamínicos y Descongestionantes de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado</b>		
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Antihistamínico-Descongestionante-Anticolinérgico de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG ( <i>pseudoephedrine hcl/chlorpheniramine maleate/bellad alk</i> )	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Antihistamínicos y Descongestionantes de 2da Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 12 HR 2.5-120 MG ( <i>desloratadine/pseudoephedrine sulfate</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
<b>Antihistamínico - 1ra Generación - Etanolaminas - Medicamentos para Alergias</b>		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Edad (Mín 2 Años)
<i>carbinoxamine maleate oral suspension,extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (Min 2 Años)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Edad (Mín 2 Años)
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl</i> (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 Ml)	Nivel 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML ( <i>carbinoxamine maleate</i> )	Nivel 3	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (Mín 2 Años)
<b>Antihistamínico - 1ª Generación - Fenotiazinas - Medicamentos para las Alergias</b>		
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Antihistamínico - 1ra Generación - Piperidinas - Medicamentos para Alergias</b>		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antihistamínico - 1ra Generación - Medicamentos para Alergias</b>		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Edad (Mín 2 Años)
<i>carbinoxamine maleate oral suspension,extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (Min 2 Años)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Edad (Mín 2 Años)
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl</i> (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Nivel 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML ( <i>carbinoxamine maleate</i> )	Nivel 3	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (Mín 2 Años)
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
<b>Antihistamínico - 2da Generación - Medicamentos para Alergias</b>		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 1 día)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antihistamínico - 2da Generación - Piperazinas - Medicamentos para Alergias</b>		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 1 día)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antihistamínico - 2da Generación - Piperidinas - Medicamentos para Alergias</b>		
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<b>Antitusivos - No Opioides - Medicamentos para las Alergias</b>		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia del Asma - Agentes Alfa/Beta Adrenérgicos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Terapia del Asma - Inhibidores de Inmunoglobulina E (IgE), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML ( <i>omalizumab</i> )	Nivel 4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG ( <i>omalizumab</i> )	Nivel 4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML ( <i>omalizumab</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Terapia del Asma - Corticosteroides Inhalados (Glucocorticoides) - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION ( <i>ciclesonide</i> )	Nivel 3	ST; QL (12.2 GM por 30 días)
ARMONAIR DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG/ACTUATION, 232 MCG/ACTUATION ( <i>fluticasone propionate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION ( <i>fluticasone furoate</i> )	Nivel 2	QL (30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION ( <i>mometasone furoate</i> )	Nivel 3	ST; QL (13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) ( <i>mometasone furoate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (12 GM por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (24 GM por 30 días)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (21.2 GM por 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTION, 90 MCG/ACTION ( <i>budesonide</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
QVAR REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTION, 80 MCG/ACTION ( <i>beclomethasone dipropionate</i> )	Nivel 3	ST; QL (21.2 GM por 30 días)
<b>Terapia del Asma - Antagonistas Alfa del Receptor de Interleucina-4 (IL-4), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML ( <i>dupilumab</i> )	Nivel 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML ( <i>dupilumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia del Asma - Inhibidores de Interleucina-5 (IL-5), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>reslizumab</i> )	Nivel 4	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML ( <i>mepolizumab</i> )	Nivel 4	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG ( <i>mepolizumab</i> )	Nivel 4	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML ( <i>mepolizumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia del Asma - Antagonistas Alfa del Receptor de Interleucina-5 (IL-5), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML ( <i>benralizumab</i> )	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML ( <i>benralizumab</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia del Asma - Antagonistas de los Receptores de Leucotrienos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
<i>montelukast oral granules in packet 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<b>Terapia del Asma - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<b>Terapia del Asma - Inhibidor de Linfopoyetina del Estroma Tímico, MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) ( <i>tezepelumab-ekko</i> )	Nivel 4	PA
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) ( <i>tezepelumab-ekko</i> )	Nivel 4	PA
<b>Terapia del Asma - Xantinas - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
<i>theophylline anhydrous</i> (Elixophyllin Oral Elixir 80 Mg/15 Ml)	Nivel 1	
THEO-24 ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG ( <i>theophylline anhydrous</i> )	Nivel 2	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Asma/EPOC (COPD) - Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 (PDE4) - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<b>Asma/EPOC (COPD) - Agentes Anticolinérgicos Inhalados de Acción Prolongada - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION ( <i>umeclidinium bromide</i> )	Nivel 3	ST; QL (30 EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION ( <i>tiotropium bromide</i> )	Nivel 2	QL (4 GM por 30 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG ( <i>tiotropium bromide</i> )	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION ( <i>aclidinium bromide</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
YUPELRI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 175 MCG/3 ML ( <i>revefenacin</i> )	Nivel 3	ST; QL (90 ML por 30 días)
<b>Asma/EPOC (COPD) - Agentes Anticolinérgicos Inhalados de Acción Corta - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION ( <i>ipratropium bromide</i> )	Nivel 2	QL (25.8 GM por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Nivel 1	
<b>Asma/EPOC (COPD) - Agentes Beta 2 Adrenérgicos, Inhalados, de Acción Ultralarga - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION ( <i>olodaterol hcl</i> )	Nivel 2	QL (4 GM por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Agentes Beta 2 Adrenérgicos, Inhalados, de Acción Prolongada - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
<i>arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (120 ML por 30 días)
<i>formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML por 30 días)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE ( <i>salmeterol xinafoate</i> )	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
<b>Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Agentes Beta 2- Adrenérgicos, Inhalados, de Acción Corta - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<b>Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Agentes Beta Adrenérgicos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Combinaciones Beta Adrenérgicas y Anticolinérgicas - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION ( <i>umeclidinium bromide/vilanterol trifenate</i> )	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG ( <i>glycopyrrolate/formoterol fumarate</i> )	Nivel 3	ST; QL (10.7 GM por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION ( <i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i> )	Nivel 2	
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400-12 MCG/ACTUATION ( <i>aclidinium bromide/formoterol fumarate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	Nivel 1	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION ( <i>tiotropium bromide/olodaterol hcl</i> )	Nivel 2	QL (4 GM por 30 días)
<b>Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Combinaciones Beta Adrenérgicas y Glucocorticoides - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION ( <i>fluticasone propionate/salmeterol xinafoate</i> )	Nivel 2	QL (12 GM por 30 días)
AIRDUO DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG-14 MCG/ACTUATION, 232-14 MCG/ACTUATION ( <i>fluticasone propionate/salmeterol xinafoate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION ( <i>albuterol sulfate/budesonide</i> )	Nivel 2	QL (32.1 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE ( <i>fluticasone furoate/vilanterol trifenate</i> )	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
<i>budesonide/formoterol fumarate</i> (Breyna Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Actuation, 80-4.5 Mcg/Actuation)	Nivel 1	QL (30.9 GM por 30 días)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (30.9 GM por 30 días)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION, 50-5 MCG/ACTUATION ( <i>mometasone furoate/formoterol fumarate</i> )	Nivel 3	ST; QL (39 GM por 30 días)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION ( <i>mometasone furoate/formoterol fumarate</i> )	Nivel 3	ST; QL (13 GM por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol xinafoate</i> (Wixela Inhub Inhalation Blister With Device 100-50 Mcg/Dose, 250-50 Mcg/Dose, 500-50 Mcg/Dose)	Nivel 1	QL (60 EA días 30 días)
<b>Tx Asma/EPOC (COPD) - Combinación Beta-Adrenérgica-anticolinérgica-Glucocorticoide - Medicamentos para la Fibrosis Quística</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION <i>(budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate)</i>	Nivel 2	QL (10.7 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG <i>(fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)</i>	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 200-62.5-25 MCG <i>(fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)</i>	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
<b>Fibrosis Quística - Aminoglucósidos Inhalados - Medicamentos para la Fibrosis Quística</b>		
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG <i>(tobramycin)</i>	Nivel 4	PA
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>tobramycin with nebulizer inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 4	PA
<b>Fibrosis Quística - Monobactamas Inhaladas - Medicamentos para la Fibrosis Quística</b>		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML <i>(aztreonam lysine)</i>	Nivel 4	PA
<b>Fibrosis Quística - Potenciador del Regulador de Conductancia Transmembrana (CFTR) - Medicamentos para la Fibrosis Quística</b>		
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG <i>(ivacaftor)</i>	Nivel 4	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG <i>(ivacaftor)</i>	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Potenciador y Corrector Cmb del Reg (CFTR) de Conducta Transmembólica de Fibra Quística - Medicamentos para la Fibrosis Quística</b>		
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG ( <i>lumacaftor/ivacaftor</i> )	Nivel 4	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG ( <i>lumacaftor/ivacaftor</i> )	Nivel 4	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) ( <i>tezacaftor/ivacaftor</i> )	Nivel 4	PA
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) ( <i>elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor</i> )	Nivel 4	PA
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) ( <i>elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor</i> )	Nivel 4	PA
<b>Inhibidores de Elastasa - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)</b>		
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG ( <i>alpha-1-proteinase inhibitor</i> )	Nivel 4	
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GRAM/50 ML (2 %) ( <i>alpha-1-proteinase inhibitor</i> )	Nivel 4	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+-)/20 ML ( <i>alpha-1-proteinase inhibitor</i> )	Nivel 4	
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG ( <i>alpha-1-proteinase inhibitor</i> )	Nivel 4	
<b>Surfactantes Pulmonares - Medicamentos para los Pulmones</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 120 MG/1.5 ML, 240 MG/3 ML ( <i>poractant alfa</i> )	Nivel 3	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 35 MG/ML ( <i>calfactant</i> )	Nivel 3	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION 25 MG/ML ( <i>beractant</i> )	Nivel 3	
<b>Mucolíticos - Medicamentos para los Pulmones</b>		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML ( <i>dornase alfa</i> )	Nivel 4	PA
<b>Anestésicos Nasales - Alergia</b>		
<i>cocaine nasal solution 4 %</i>	Nivel 1	
NUMBRINO NASAL SOLUTION 4 % ( <i>cocaine hcl</i> )	Nivel 1	
<b>Anticolinérgicos Nasales - Alergia</b>		
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Antihistamínicos Nasales y Esteroides Antiinflamatorios - Alergia</b>		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Nivel 1	ST; QL (23 GM por 30 días)
<b>Antihistamínicos Nasales - Alergia</b>		
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	Nivel 1	QL (60 ML por 30 días)
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol 0.6 %</i>	Nivel 1	QL (30.5 GM por 30 días)
<b>Corticosteroides Nasales - Alergia</b>		
<i>flunisolide nasal spray, non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	Nivel 1	QL (25 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal spray, suspension 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (16 GM por 30 días)
<i>mometasone nasal spray, non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (17 GM por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OMNARIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 50 MCG ( <i>ciclesonide</i> )	Nivel 3	ST; QL (5 GM por 12 días)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 40 MCG/ACTUATION ( <i>beclomethasone dipropionate</i> )	Nivel 2	ST; QL (6.8 GM por 30 días)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION ( <i>beclomethasone dipropionate</i> )	Nivel 2	ST; QL (10.6 GM por 30 días)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION ( <i>fluticasone propionate</i> )	Nivel 2	ST; QL (32 ML por 30 días)
ZETONNA NASAL HFA AEROSOL INHALER 37 MCG/ACTUATION ( <i>ciclesonide</i> )	Nivel 3	ST; QL (6.1 GM por 30 días)
<b>Preparaciones Nasales - Agonista Parcial del Receptor Nicotínico - Medicamentos para la Nariz</b>		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY ( <i>varenicline tartrate</i> )	Nivel 2	PA
<b>Descongestionantes Simpaticomiméticos nasales (Intranasales) - Alergia</b>		
<i>epinephrine hcl nasal solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Antihistamínicos y Descongestionantes No Opioides de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado</b>		
<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i> (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 Ml)	Nivel 1	
<i>brompheniramine-pseudoeph-dm oral syrup 2-30-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<b>Combinaciones de Antitusivos y Antihistamínicos No Opioides - Medicamentos para la Tos y el Resfriado</b>		
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<b>Combinaciones de Antitusivos Opioides y Antihistamínicos de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado</b>		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine oral suspension, extended rel 12 hr 10-8 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-54.3 MG ( <i>chlorpheniramine maleate/codeine phosphate</i> )	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<b>Combinaciones de Opioides Antitusivos y Anticolinérgicos - Medicamentos para la Tos y el Resfriado</b>		
<i>hydrocodone-homatropine oral syrup 5-1.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide</i> (Hydromet Oral Syrup 5-1.5 Mg/5 MI)	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<b>Agentes Esclerosantes Pleurales - Medicamentos para los Pulmones</b>		
SCLEROSOL INTRAPLEURAL INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 4 GRAM ( <i>talco</i> )	Nivel 3	
<i>sterile talc intrapleural suspension for reconstitution 5 gram</i>	Nivel 1	
STERITALC INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 3 GRAM ( <i>talco</i> )	Nivel 3	
STERITALC INTRAPLEURAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2 GRAM, 4 GRAM ( <i>talco</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes para el Tratamiento de la Fibrosis Pulmonar - Terapia Antifibrótica - Medicamentos para los Pulmones</b>		
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Nivel 4	PA
<b>Agentes para el Tratamiento de la Fibrosis Pulmonar - Inhibidores Multiquinasa - Medicamentos para los Pulmones</b>		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG ( <i>nintedanib esylate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Productos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<b>Antibacteriano Vaginal - Lincosamidas - Medicamentos para Infecciones</b>		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG ( <i>clindamycin phosphate</i> )	Nivel 3	ST; QL (3 EA por 30 días)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Nivel 1	
CLINDESSE VAGINAL CREAM, EXTENDED RELEASE 2 % ( <i>clindamycin phosphate</i> )	Nivel 3	ST
<b>Antifúngico Vaginal - Imidazoles - Medicamentos para Infecciones</b>		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % ( <i>butoconazole nitrate</i> )	Nivel 2	
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG ( <i>miconazole nitrate</i> )	Nivel 1	
<b>Antifúngico Vaginal - Triazoles - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Nivel 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Nivel 1	
<b>Antiprotozoario-Antibacteriano Vaginal - Derivados del Nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones</b>		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1.3 % (65 mg/5 gram)</i>	Nivel 1	
NUVESSA VAGINAL GEL 1.3 % (65 MG/5 GRAM) ( <i>metronidazole</i> )	Nivel 3	
<b>Mezclas Antisépticas Vaginales - Medicamentos para Infecciones</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FEM PH VAGINAL GEL 0.9-0.025 % ( <i>acetic acid/oxyquinoline sulfate</i> )	Nivel 3	
RELAGARD VAGINAL GEL 0.9-0.025 % ( <i>acetic acid/oxyquinoline sulfate</i> )	Nivel 3	
TRIMO-SAN JELLY VAGINAL GEL 0.025-0.01 % ( <i>oxyquinoline sulfate/sodium lauryl sulfate</i> )	Nivel 3	
<b>Estrógenos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Nivel 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Nivel 1	
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 90 días)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR ( <i>estradiol acetate</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 84 días)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM ( <i>estrogens, conjugated</i> )	Nivel 2	
<i>estradiol</i> (Yuvafem Vaginal Tablet 10 Mcg)	Nivel 1	
<b>Progestágenos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino</b>		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % ( <i>progesterone, micronized</i> )	Nivel 3	
<b>Agentes para Aumentar o Perder Peso</b>		
<b>Antiobesidad - Agonistas duales de los Receptores GIP y GLP-1</b>		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML ( <i>tirzepatide</i> )	Nivel 2	PA
<b>Agentes para Aumentar o Perder Peso – Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		
<b>Combinaciones Anoréxicas - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral



Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
QSYMIA ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG ( <i>phentermine hcl/topiramate</i> )	Nivel 3	PA
<b>Suplementos Nutricionales Anorexiantes (Ayudas Dietéticas) - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		
PLENITY (WELCOME KIT) ORAL CAPSULE 0.75 GRAM ( <i>carboxymethylcellulose/citric acid</i> )	Nivel 3	PA
PLENITY ORAL CAPSULE 0.75 GRAM ( <i>carboxymethylcellulose/citric acid</i> )	Nivel 3	PA
<b>Anorexiantes - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		
<i>benzphetamine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>diethylpropion oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>diethylpropion oral tablet extended release 75 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG ( <i>phentermine hcl</i> )	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phendimetrazine tartrate oral capsule, extended release 105 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phentermine oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phentermine oral tablet 37.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<b>Antiobesidad - Agentes Reductores de la Absorción de Grasas - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		
<i>orlistat oral capsule 120 mg</i>	Nivel 1	PA
<b>Antiobesidad - Agonistas del Receptor del Péptido Similar al Glucagón-1 (GLP-1) - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SAXENDA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (18 MG/3 ML) ( <i>liraglutide</i> )	Nivel 2	PA
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML, 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	PA
<b>Antiobesidad - Agonista del Receptor de Melanocortina 4 (MC4) - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>setmelanotide acetate</i> )	Nivel 4	PA
<b>Antiobesidad - Inhibidor de la Recaptación de Opioides/Norepinefrina y Dopamina - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8-90 MG ( <i>naltrexone hcl/bupropion hcl</i> )	Nivel 3	PA
<b>Estimulantes del Apetito - Cannabinoides - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML ( <i>dronabinol</i> )	Nivel 3	ST; QL (60 ML por 30 días)
<b>Estimulantes del Apetito - Tipo de Hormona Progestina - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación</b>		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

## Índice de Medicamentos

<b>A</b>		
<i>abacavir</i> .....	52	<i>adalimumab-adaz</i> 23, 24, 26, 305
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	54	<i>adapalene</i> .....
<b>ABILIFY ASIMTUFII</b> .....	168	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> .....
<b>ABILIFY MANTENA</b> .....	169	<b>ADASUVE</b> .....
<i>abiraterone</i> .....	68, 71	<b>ADBRY</b> .....
<b>ABRYVO (PF)</b> .....	99	<b>ADCETRIS</b> .....
<i>acamprosate</i> .....	190	<b>ADDYI</b> .....
<i>acarbose</i> .....	266	<i>adefovir</i> .....
<b>ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP</b> .....	349, 410	<b>ADEINZDE</b> .....
<b>ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM</b> .....	361, 410	<b>ADEMPAS</b> .....
<b>ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS</b> .....	349, 410	<i>adenovirus vac live type-4, 7</i> 107, 115
<b>ACCU-CHEK SAFE-T-PRO</b> .....	361, 410	<i>adenovirus vaccine live type-4</i> .....
<b>ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS</b> .....	361, 410	..... 107, 115
<b>ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP</b> .....	349, 410	<i>adenovirus vaccine live type-7</i> .....
<b>ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS</b> .....	361, 410	..... 107, 115
<i>Accutane</i> .....	213	<b>ADLARITY</b> .....
<b>ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS</b> .....	349, 410	<b>ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN</b> .....
<b>ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER</b> .....	401, 410	<b>ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO</b> .....
<i>acebutolol</i> .....	135	..... 285
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	19, 20	<b>ADUHELM</b> .....
<i>acetazolamide</i> .....	140	<b>ADULT ASPIRIN REGIMEN</b> .. 37, 336
<i>acetic acid</i> .....	312, 503	<b>ADULT LOW DOSE ASPIRIN</b> 37, 336
<i>acetylcysteine</i> .....	40, 516	<b>ADVAIR HFA</b> .....
<b>ACIOXIA</b> .....	236	..... 512
<b>ACIPHEX SPRINKLE</b> .....	298	<b>ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT</b> .....
<i>acitretin</i> .....	227	..... 231
<b>ACTEMRA</b> .....	32	<b>ADVANCED GLUC METER TEST STRIP</b> .....
<b>ACTEMRA ACTPEN</b> .....	32	..... 349, 410
<b>ACTHAR</b> .....	263	<b>ADVANCED TRAVEL LANCETS</b> .....
<b>ACTHAR SELFJECT</b> .....	263	..... 361, 410
<b>ACTHIB (PF)</b> .....	112	<b>ADVATE</b> .....
<b>ACTI-LANCE LANCETS</b> .....	361, 410	..... 325
<b>ACTIMMUNE</b> .....	46	<b>ADVIN COVID-19 AG HOME TEST</b> .....
<b>ACUVAIL (PF)</b> .....	489	..... 357, 410
<i>acyclovir</i> .....	60, 229	<b>ADVOCATE LANCET</b> .....
<b>ADACEL(TDAP ADOLESNIADULT)(PF)</b> .....	110	..... 361, 410
<b>ADAKVEO</b> .....	335	<b>ADVOCATE REDI-CODE PLUS</b> .....
		..... 349, 410
		<b>ADYNOVATE</b> .....
		..... 325
		<b>ADZENYS XR-ODT</b> .....
		..... 170, 179
		<b>ADZYNMA</b> .....
		..... 319
		<b>AEMCOLO</b> .....
		..... 64
		<b>AEROCHAMBER MECHANICAL VENT</b> .....
		..... 401, 410
		<b>AEROCHAMBER MINI</b> .. 401, 410
		<b>AEROCHAMBER MV</b> .....
		..... 401, 410
		<b>AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU</b> .....
		..... 401, 411
		<b>AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK</b> .....
		..... 401, 411
		<b>AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK</b> .....
		..... 402, 411
		<b>AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK</b> .....
		..... 402, 411
		<b>AEROCHAMBER PLUS Z STAT</b> .....
		..... 402, 411
		<b>AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK</b> .....
		..... 402, 411
		<b>AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK</b> .....
		..... 402, 411
		<b>AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK</b> .....
		..... 402, 411
		<b>AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG</b> .....
		..... 402, 411
		<b>AEROTRACH PLUS</b> .....
		..... 402, 411
		<b>AEROVENT PLUS</b> .....
		..... 402, 411
		<i>Afirmelle</i> .....
		..... 198
		<b>AFLURIA TRIV 2024-2025</b> .....
		..... 117
		<b>AFLURIA TRIV 2024-2025 (PF)</b> .....
		..... 117
		<b>AFREZZA</b> .....
		..... 283
		<b>AFSTYLA</b> .....
		..... 325
		<b>AFTER PILL</b> .....
		..... 211, 212
		<b>AFTERA</b> .....
		..... 211, 212
		<b>AGAMATRIX AMP TEST STRIPS</b> .....
		..... 349, 411
		<b>AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS</b> .....
		..... 349, 411
		<b>AGAMREE</b> .....
		..... 278
		<b>AGGRASTAT CONCENTRATE</b> .....
		..... 335
		<b>AGGRASTAT IN SODIUM CHLORIDE</b> .....
		..... 336
		<b>AIMOVIG AUTOINJECTOR</b> .. 182
		<b>AIMSCO LATEX CONDOM</b> 373, 411
		<b>AIRDUO DIGIHALER</b> .....
		..... 512
		<b>AIRSUPRA</b> .....
		..... 513
		<b>AJOVY AUTOINJECTOR</b> .....
		..... 181
		<b>AJOVY SYRINGE</b> .....
		..... 182
		<b>AKEEGA</b> .....
		..... 66
		<b>AKLIEF</b> .....
		..... 218
		<b>AKTEN (PF)</b> .....
		..... 493
		<b>AKYNZEO (NETUPITANT)</b> .. 296

<b>Ala-Cort</b> .....	232	<b>Alyacen 7/7/7 (28)</b> .....	208	<b>ANORO ELLIPTA</b> .....	512
<b>Ala-Scalp</b> .....	232	<b>ALYGLO</b> .....	103	<b>anticoag citrate phos dextrose</b> .....	320
<b>albendazole</b> .....	44	<b>ALYMSYS</b> .....	67	<b>ANUCORT-HC</b> .....	39
<b>albuterol sulfate</b> .....	511	<b>Alyq</b> .....	145	<b>ANZEMET</b> .....	295
<b>Alcaine</b> .....	493	<b>amantadine hcl</b> .....	162	<b>APIDRA SOLOSTAR U-100</b> <b>INSULIN</b> .....	286
<b>alclometasone</b> .....	232	<b>ambrisentan</b> .....	145	<b>APIDRA U-100 INSULIN</b> .....	286
<b>ALCOHOL PADS</b> .....	97	<b>amcinonide</b> .....	232	<b>APLIGRAF</b> .....	246
<b>ALCOHOL PREP PADS</b> .....	97	<b>AMELUZ</b> .....	241	<b>apomorphine</b> .....	162
<b>alcohol swabs</b> .....	97	<b>Amethia</b> .....	196	<b>apraclonidine</b> .....	497
<b>ALCOHOL WIPES</b> .....	97	<b>Amethyst (28)</b> .....	198	<b>aprepitant</b> .....	295
<b>ALDURAZYME</b> .....	471	<b>amiloride</b> .....	141	<b>APRETUDE</b> .....	49
<b>ALECENSA</b> .....	70	<b>amiloride-hydrochlorothiazide</b> .....	141	<b>Apri</b> .....	198
<b>alendronate</b> .....	273	<b>aminocaproic acid</b> .....	330	<b>APTIOM</b> .....	151
<b>ALFERON N</b> .....	237	<b>amiodarone</b> .....	128	<b>APTIVUS</b> .....	63
<b>alfuzosin</b> .....	314	<b>amitriptyline</b> .....	159	<b>AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE</b> .....	375, 412
<b>ALINIA</b> .....	48	<b>amitriptyline-chlordiazepoxide</b> .....	159, 174	<b>AQINJECT LUER LOCK</b> <b>SYRINGE</b> .....	376, 412
<b>aliskiren</b> .....	145	<b>AMJEVITA(CF)</b> .....	24, 26, 305	<b>AQINJECT SAFETY NEEDLE</b> .....	376, 412
<b>ALKINDI SPRINKLE</b> .....	278	<b>AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR</b> .....	24, 26, 305	<b>AQINJECT SAFETY SYRINGE</b> .....	376, 412
<b>ALLERGIST TRAY 1/2 ML</b> <b>27GX3/8</b> .....	375, 412	<b>amlodipine</b> .....	137	<b>AQINJECT STANDARD NEEDLE</b> .....	376, 412
<b>ALLERGIST TRAY</b> <b>INTRADERMAL BEV</b> .....	375, 412	<b>amlodipine-atorvastatin</b> .....	134	<b>AQNEURSA</b> .....	472
<b>ALLERGIST TRAY REGULAR</b> <b>BEVEL</b> .....	375, 412	<b>amlodipine-benazepril</b> .....	122	<b>ARAKODA</b> .....	47
<b>ALLERGY SYRINGE</b> .....	375, 412	<b>amlodipine-olmesartan</b> .....	124	<b>ARALAST NP</b> .....	515
<b>allopurinol</b> .....	319	<b>amlodipine-valsartan</b> .....	124	<b>Aranelle (28)</b> .....	208
<b>almotriptan malate</b> .....	183	<b>amlodipine-valsartan-hcthiazid</b> .....	124	<b>ARANESP (IN POLYSORBATE)</b> .....	323
<b>ALOCRIAL</b> .....	494	<b>ammonium lactate</b> .....	231	<b>ARCALYST</b> .....	23
<b>alogliptin</b> .....	267	<b>Amnesteem</b> .....	214	<b>AREXVY (PF)</b> .....	99
<b>alogliptin-metformin</b> .....	271	<b>AMONDYS-45</b> .....	345	<b>arformoterol</b> .....	511
<b>alogliptin-pioglitazone</b> .....	271	<b>amoxapine</b> .....	159	<b>argatroban</b> .....	338
<b>ALOMIDE</b> .....	494	<b>amoxicil-clarithromy-lansopraz</b> .....	301	<b>argatroban in 0.9 % sod chlor</b> .....	338
<b>alosetron</b> .....	302, 308	<b>amoxicillin</b> .....	43	<b>ARIDOL BRONCHIAL</b> <b>CHALLENGE</b> .....	250
<b>ALPHANATE</b> .....	325	<b>amoxicillin-pot clavulanate</b> .....	44	<b>ARIKAYCE</b> .....	43
<b>ALPHANINE SD</b> .....	324	<b>amphetamine sulfate</b> .....	170, 179, 187	<b>aripiprazole</b> .....	169, 177
<b>alprazolam</b> .....	146, 174	<b>ampicillin</b> .....	43	<b>ARISTADA</b> .....	169
<b>ALPRAZOLAM INTENSOL</b> .....	146, 174	<b>AMVISC</b> .....	495	<b>ARISTADA INITIO</b> .....	169
<b>ALPROLIX</b> .....	324	<b>AMVISC PLUS</b> .....	495	<b>armodafinil</b> .....	186
<b>ALTABAX</b> .....	222	<b>AMVUTTRA</b> .....	265	<b>ARMONAIR DIGIHALER</b> .....	507
<b>ALTACAINE</b> .....	493	<b>amyl nitrite</b> .....	40, 126	<b>ARMOUR THYROID</b> .....	291
<b>ALTAFLUOR BENOX</b> .....	491, 492	<b>ANACAINE</b> .....	244	<b>ARNUITY ELLIPTA</b> .....	507
<b>Altavera (28)</b> .....	198	<b>anagrelide</b> .....	336	<b>arsenic trioxide</b> .....	75
<b>ALTERNATE SITE LANCET</b> .....	361, 412	<b>ANA-LEX KIT</b> .....	39	<b>ARTISS</b> .....	242
<b>ALTOPREV</b> .....	129	<b>ANALPRAM-HC</b> .....	236	<b>ARZERRA</b> .....	77
<b>ALTRENO</b> .....	218	<b>ANASCORP</b> .....	100	<b>ASCENIV</b> .....	103
<b>ALTUVIIO</b> .....	325	<b>ANASTIA</b> .....	243	<b>Ascomp With Codeine</b> .....	20
<b>ALUNBRIG</b> .....	70	<b>anastrozole</b> .....	75	<b>ASCOR</b> .....	261
<b>ALVAIZ</b> .....	339	<b>ANGELIQ</b> .....	274		
<b>ALVESCO</b> .....	507	<b>ANKTIVA</b> .....	84		
<b>alvimopan</b> .....	42	<b>ANNOVERA</b> .....	211		
<b>Alyacen 1/35 (28)</b> .....	198				

<i>ascorbic acid (vitamin c)</i> .....	261	<b>AVITA</b> .....	218	<b>BD ECCENTRIC TIP SYRINGE</b>	
<i>asenapine maleate</i> .....	163, 178	<b>AVITENE</b> .....	330	.....	376, 413
<i>Ashlyna</i> .....	197	<b>AVITENE FLOUR</b> .....	330	<b>BD ECLIPSE</b> .....	377, 414
<b>ASMANEX HFA</b> .....	507	<b>AVONEX</b> .....	479	<b>BD ECLIPSE LUER-LOK</b>	377, 413,
<b>ASMANEX TWISTHALER</b> .....	507	<b>AVSOLA</b> .....	24, 26, 305	414	
<b>ASPARLAS</b> .....	75	<i>Ayuna</i> .....	199	<b>BD FILTER NEEDLE 5-MICRON</b>	
<i>aspirin</i> .....	37, 336	<b>AYVAKIT</b> .....	86	<b>NOKO</b> .....	377, 414
<b>ASPIRIN CHILDRENS</b> .....	37, 336	<i>azacitidine</i> .....	74	<b>BD FILTER NEEDLE-5 MICRON</b>	
<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	335	<b>AZASITE</b> .....	497	.....	377, 414
<b>ASSURE 4 STRIPS</b> .....	349, 412	<i>azathioprine</i> .....	31, 342	<b>BD INSULIN SYRINGE (HALF</b>	
<b>ASSURE LANCE</b> .....	362, 413	<i>azelaic acid</i> .....	214, 241	<b>UNIT)</b> .....	371, 414
<b>ASSURE LANCE PLUS</b> .....	362, 413	<i>azelastine</i> .....	487, 516	<b>BD INSULIN SYRINGE U-500</b>	
<b>ASSURE PLATINUM TEST</b>		<i>azelastine-fluticasone</i> .....	516	.....	371, 414
<b>STRIP</b> .....	349, 413	<b>AZELEX</b> .....	214, 242	<b>BD INSULIN SYRINGE</b>	
<b>ASSURE PRISM MULTI STRIP</b>		<i>azithromycin</i> .....	61	<b>ULTRA-FINE</b> .....	372, 414
.....	349, 413	<b>AZSTARYS</b> .....	170	<b>BD INTEGRA NEEDLE</b> .....	377, 414
<b>ASTAGRAF XL</b> .....	340	<i>Azurette (28)</i> .....	197	<b>BD INTEGRA SYRINGE</b>	377, 414,
<b>ASTRINGYN</b> .....	330	<b>B</b>		415	
<i>atazanavir</i> .....	63, 64	<b>B COMPLEX 100</b> .....	254	<b>BD INTERLINK BLUNT</b>	
<i>atenolol</i> .....	135	<i>bacitracin</i> .....	496	<b>PLASTIC CAN</b> .....	377, 415
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	138	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	495	<b>BD INTERLINK SYRINGE</b> .....	377,
<b>ATGAM</b> .....	107	<i>baclofen</i> .....	347	415	
<i>atomoxetine</i> .....	174	<b>BACTERIOSTATIC WATER-</b>		<b>BD INTRADERMAL BEVEL</b>	
<b>ATORVALIQ</b> .....	130	<b>OGIVRI</b> .....	255	<b>NEEDLES</b> .....	378, 415
<i>atorvastatin</i> .....	130	<b>BAFIERTAM</b> .....	480	<b>BD LUER-LOK BULK SYRINGE</b>	
<i>atovaquone</i> .....	48	<b>BALCOLTRA</b> .....	199	.....	378, 415
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	47	<b>BALFAXAR</b> .....	323	<b>BD LUER-LOK SYRINGE</b> .....	378,
<b>ATRAPRO CP</b> .....	231	<i>balsalazide</i> .....	303	415, 416	
<b>ATROPEN</b> .....	142	<b>BALVERSA</b> .....	79	<b>BD LUER-LOK TIP CONTROL</b>	
<i>atropine</i> .....	486	<i>Balziva (28)</i> .....	199	<b>SYRING</b> .....	378, 416
<i>atropine sulfate (pf)</i> .....	486	<b>BAQSIMI</b> .....	263	<b>BD MICROTAINER LANCET</b>	
<b>ATROVENT HFA</b> .....	510	<b>BARACLUDE</b> .....	58	.....	362, 416
<b>ATRYN</b> .....	335	<b>BASADROX</b> .....	222	<b>BD NANO 2ND GEN PEN</b>	
<i>Aubra</i> .....	198	<b>BASAGLAR KWIKPEN U-100</b>		<b>NEEDLE</b> .....	372, 416
<i>Aubra Eq</i> .....	198	<b>INSULIN</b> .....	285	<b>BD NOKOR ADMIX NEEDLE</b>	
<b>AUGTYRO</b> .....	86	<b>BAVENCIO</b> .....	92	.....	379, 416
<i>Aurovela 1.5/30 (21)</i> .....	198	<b>BAXDELA</b> .....	57	<b>BD POSIFLUSH NORMAL</b>	
<i>Aurovela 1/20 (21)</i> .....	198	<b>BAYER ASPIRIN</b> .....	37, 336	<b>SALINE 0.9</b> .....	260
<i>Aurovela 24 Fe</i> .....	199	<b>BAYER LOW DOSE ASPIRIN</b>	37,	<b>BD PRECISIONGLIDE</b> .....	379, 416
<i>Aurovela Fe 1.5/30 (28)</i> .....	199	336		<b>BD PRECISIONGLIDE NON-</b>	
<i>Aurovela Fe 1-20 (28)</i> .....	199	<b>B-COMPLEX INJECTION</b> .....	254	<b>STERILE</b> .....	379, 416
<b>AURYXIA</b> .....	256, 313, 314	<b>BD ALCOHOL SWABS</b> .....	98	<b>BD REGULAR BEVEL NEEDLES</b>	
<b>AUSTEDO</b> .....	184, 185	<b>BD ALLERGIST TRAY REG</b>		.....	379, 416
<b>AUSTEDO XR</b> .....	184, 185	<b>BEVEL</b> .....	376, 413	<b>BD SAFETYGLIDE ALLERGIST</b>	
<b>AUSTEDO XR TITRATION</b>		<b>BD ALLERGY SYRINGE</b> .....	376, 413	<b>TRAY</b> .....	379, 416
<b>KT(WKI-4)</b> .....	184, 185	<b>BD AUTOSHIELD DUO PEN</b>		<b>BD SAFETYGLIDE NEEDLE</b> .....	379,
<b>AUVELITY</b> .....	156	<b>NEEDLE</b> .....	371, 413	417	
<i>avanafil</i> .....	253	<b>BD BLUNT PLASTIC CANNULA</b>		<b>BD SAFETYGLIDE SHIELDING</b>	
<b>AVASTIN</b> .....	67	.....	376, 413	<b>REG</b> .....	379, 417
<b>AVEED</b> .....	265	<b>BD BULK SYRINGE SLIP TIP</b>	376,	<b>BD SAFETYGLIDE SYRINGE</b>	379,
<b>AVEIDA</b> .....	241	413		417	
<i>Aviane</i> .....	199				

<b>BD SAFETYGLIDE TB REG</b>	<b>BENDEKA</b> .....	70	<b>bivalirudin</b> .....	339
<b>BEVEL</b> .....	<b>BENEFIX</b> .....	324	<b>BIVIGAM</b> .....	103
<b>BD SAFETYGLIDE</b>	<b>BENLYSTA</b> .....	34	<b>bleomycin</b> .....	91
<b>TUBERCULIN</b> .....	<b>benzhydrocodone-</b>		<b>BLEPHAMIDE S.O.P.</b> .....	485
<b>BD SHORT BEVEL NEEDLES</b>	<b>acetaminophen</b> .....	20	<b>BLINCYTO</b> .....	94, 95
.....	<b>benznidazole</b> .....	48	<b>Blisovi 24 Fe</b> .....	199
<b>BD SHORT BEVEL THIN WALL</b>	<b>benzonatate</b> .....	506	<b>Blisovi Fe 1.5/30 (28)</b> .....	199
.....	<b>benzoyl peroxide</b> .....	217	<b>Blisovi Fe 1/20 (28)</b> .....	199
<b>BD SLIP TIP SYRINGE</b> ...380, 417,	<b>benzphetamine</b> .....	521	<b>BLOOD GLUCOSE TEST</b> .....	349,
418	<b>benztropine</b> .....	161	420	
<b>B-D SLIP TIP SYRINGE</b> .....	<b>BEOVU</b> .....	493, 498	<b>BLULINK BG SYSTEM REFILL</b>	
<b>B-D SLIP TIP SYRINGE</b> .....	<b>bepotastine besilate</b> .....	487	.....	362, 420
<b>BD SPECIALTY USE NEEDLES</b>	<b>BERINERT</b> .....	321	<b>BLULINK GLUCOSE TEST</b>	
.....	<b>BESIVANCE</b> .....	496	<b>STRIP</b> .....	350, 420
<b>BD SYRINGE</b> .....	<b>BESPONSA</b> .....	72, 93	<b>blunt needle, disposable</b> .....	382, 420
<b>BD SYRINGE CATH TIP</b>	<b>BESREMI</b> .....	81	<b>BOOSTRIX TDAP</b> .....	110
<b>NONSTERILE</b> .....	<b>betaine</b> .....	473	<b>bortezomib</b> .....	86
<b>BD SYRINGE CATHETER TIP</b>	<b>BETALOAN SUIK</b> .....	278	<b>bosentan</b> .....	145
.....	<b>betamethasone dipropionate</b> .....	232	<b>BOSULIF</b> .....	86
<b>BD SYRINGE LUER-LOK</b>	<b>betamethasone valerate</b> .....	232	<b>BOTOX</b> .....	346
<b>NONSTERILE</b> .....	<b>betamethasone, augmented</b> .....	232	<b>BP 10-1</b> .....	215
<b>BD SYRINGE LUER-LOK</b>	<b>BETASERON</b> .....	479, 480	<b>BPO</b> .....	217
<b>STERILE</b> .....	<b>betaxolol</b> .....	135, 492	<b>BRAFTOVI</b> .....	76
<b>BD SYRINGE SLIP TIP</b>	<b>bethanechol chloride</b> .....	318	<b>BREATHERITE MDI SPACER</b>	
<b>NONSTERILE</b> .....	<b>BETIMOL</b> .....	492	.....	402, 420
<b>BD SYRINGE-DUAL CANNULA</b>	<b>BETOPTIC S</b> .....	492	<b>BREATHERITE SPACER-MASK,</b>	
.....	<b>bevacizumab</b> .....	493, 499	<b>NEO</b> .....	402, 420
<b>BD TUBERCULIN SLIP-TIP</b> ..381,	<b>BEVESPI AEROSPHERE</b> .....	512	<b>BREATHERITE SPACER-</b>	
419	<b>bexagliflozin</b> .....	269	<b>MASK,ADULT</b> .....	402, 420
<b>BD TUBERCULIN SYRINGE</b> .....	<b>bexarotene</b> .....	89, 227	<b>BREATHERITE SPACER-</b>	
382,	<b>BEXSERO</b> .....	114	<b>MASK,CHILD</b> .....	402, 421
419	<b>BEYAZ</b> .....	199	<b>BREATHERITE SPACER-</b>	
<b>BD ULTRA-FINE MICRO PEN</b>	<b>BEYFORTUS</b> .....	100, 101	<b>MASK,INFANT</b> .....	402, 421
<b>NEEDLE</b> .....	<b>bicalutamide</b> .....	71	<b>BREATHERITE SPACER-</b>	
<b>BD ULTRA-FINE MINI PEN</b>	<b>BIJUVA</b> .....	275	<b>MASK,S.CHLD</b> .....	403, 421
<b>NEEDLE</b> .....	<b>BIKTARVY</b> .....	54	<b>BREATHERITE VALVED MDI</b>	
<b>BD ULTRA-FINE NANO PEN</b>	<b>bimatoprost</b> .....	498	<b>CHAMBER</b> .....	403, 421
<b>NEEDLE</b> .....	<b>bimatoprost (pf)</b> .....	498	<b>BREATHERITE VALVED MDI</b>	
<b>BD ULTRA-FINE ORIG PEN</b>	<b>BIMZELX</b> .....	220	<b>SPACER</b> .....	403, 421
<b>NEEDLE</b> .....	<b>BIMZELX AUTOINJECTOR</b> .....	220	<b>BREEZE 2 TEST STRIPS</b> .....	350, 421
<b>BD ULTRA-FINE SHORT PEN</b>	<b>BINAXNOW COVID AG CARD</b>		<b>BREZAVVY</b> .....	269
<b>NEEDLE</b> .....	<b>HOME TST</b> .....	358, 420	<b>BREO ELLIPTA</b> .....	513
<b>BD VEO INSULIN SYR (HALF</b>	<b>BINAXNOW COVID-19 AG</b>		<b>BREXAFEMME</b> .....	45
<b>UNIT)</b> .....	<b>SELF TEST</b> .....	358, 420	<b>Breyna</b> .....	513
<b>BD VEO INSULIN SYRINGE</b>	<b>BIOGLO</b> .....	491	<b>BREZTRI AEROSPHERE</b> .....	514
<b>UF</b> .....	<b>BIOLON</b> .....	495	<b>Briellyn</b> .....	199
372, 373, 420	<b>BIONIME RIGHTEST TEST</b>		<b>BRILINTA</b> .....	335
<b>BELEODAQ</b> .....	<b>STRIPS</b> .....	349, 420	<b>brimonidine</b> .....	242, 497
80	<b>bismuth subcit k-metronidz-tcn</b>		<b>brimonidine-dorzolamide</b> .....	484
<b>belladonna alkaloids-opium</b> ..	.....	301	<b>brimonidine-dorzolamide (pf)</b> .....	484
301	<b>bisoprolol fumarate</b> .....	135	<b>brimonidine-timolol</b> .....	490
<b>BELRAPZO</b> .....	<b>bisoprolol-hydrochlorothiazide</b>		<b>BRINEURA</b> .....	470
70	.....	301	<b>brinzolamide</b> .....	490
<b>BELSOMRA</b> .....	<b>bismuth subcit k-metronidz-tcn</b>			
188	.....	301		
<b>benazepril</b> .....	<b>bisoprolol fumarate</b> .....	135		
123	<b>bisoprolol-hydrochlorothiazide</b>			
<b>benazepril-hydrochlorothiazide</b>	.....	138		
.....				
123				
<b>bendamustine</b> .....				
70				

**BRIUMVI** .....479  
**BRIVIACT** ..... 154  
**BRIXADI** ..... 189  
**Bromfed Dm** .....517  
**bromfenac**.....489  
**bromocriptine**.....162  
**brompheniramine-pseudoeph-  
dm** ..... 517  
**BRUKINSA**..... 76, 86  
**budesonide**.....304, 507  
**budesonide-formoterol** ..... 513  
**BULLSEYE MINI SAFETY**  
**LANCETS**.....362, 421  
**bumetanide** ..... 140  
**buprenorphine** ..... 22  
**buprenorphine hcl** ..... 22, 189  
**buprenorphine-naloxone**189, 190  
**bupropion hcl** ..... 159  
**bupropion hcl (smoking deter)**  
..... 191  
**buspirone** ..... 147  
**busulfan** ..... 68  
**butalbital-acetaminop-caf-cod**  
..... 20  
**butalbital-acetaminophen**..... 22  
**butalbital-acetaminophen-caff**  
..... 22  
**butalbital-aspirin-caffeine** ..... 37  
**butorphanol** ..... 22  
**BUTTERFLY TOUCH LANCET**  
.....362, 421  
**BYDUREON BCISE**.....267  
**BYETTA** .....268  
**BYLVAY** .....340  
**BYOOVIZ** .....493, 499  
**C**  
**CABENUVA** ..... 50  
**cabergoline**.....290  
**CABLIVI**.....320  
**CABOMETYX**..... 83  
**cabotegravir**..... 49  
**CABTREO**.....216  
**CADIRA COMPLIANT BLOOD**  
**STAT**.....409  
**caffeine citrate**..... 180  
**calcipotriene** ..... 227  
**calcipotriene-betamethasone**219  
**calcitonin (salmon)**..... 274  
**calcitriol**.....227, 262, 472  
**calcium acetate(phosphat bind)**  
..... 313

**CALQUENCE**  
**(ACALABRUTINIB MAL)**76, 86  
**Camila**.....207  
**CAMPTOSAR** ..... 90  
**CAMRESE** ..... 197  
**CAMRESE LO** ..... 197  
**CAMZYOS** ..... 138  
**candesartan** ..... 125  
**candesartan-hydrochlorothiazid**  
..... 125  
**cantharidin in acetone**.....238  
**capecitabine** ..... 74  
**CAPEX**.....232  
**CAPLYTA**.....165  
**CAPRELSA** ..... 86  
**captopril**.....123  
**captopril-hydrochlorothiazide**  
..... 123  
**CARBAGLU**.....474  
**carbamazepine** ..... 151, 175, 176  
**CARBATROL** ..... 152, 176  
**carbidopa**.....161  
**carbidopa-levodopa**.....160  
**carbidopa-levodopa-entacapone**  
..... 160  
**carbinoxamine maleate**..504, 505  
**carboplatin** ..... 85  
**CARDIOPLEGIA DEL NIDO**  
**FORMULA** ..... 500  
**CARDIOPLEGIA HIGH**  
**POTASSIUM** ..... 500  
**CARDIOPLEGIA IND 4**  
**I PLASMALYT**.....500  
**I RINGER**.....500  
**CARDIOPLEGIA IND 8**  
**I NON-ENRCH** .....500  
**CARDIOPLEGIA INDUCTION 4**  
**I** 500  
**CARDIOPLEGIA INDUCTION 8**  
**I** 501  
**CARDIOPLEGIA MAIN 8**  
**I NO-ENRCH**.....501  
**CARDIOPLEGIA MAINT 4**  
**I PLASMA** .....501  
**I RINGER**.....501  
**CARDIOPLEGIA**  
**MAINTENANCE 4**  
**I** 501  
**CARDIOPLEGIA**  
**MAINTENANCE 8**  
**I** 501

**CARDIOPLEGIA REPERFUSATE**  
**4**  
**I** 501, 502  
**CARDIOPLEGIA WARM**  
**INDUCT 4**  
**I** 502  
**cardioplegic no.17(induct 4**  
**I) 502**  
**cardioplegic no.19 (maint 4**  
**I) 502**  
**cardioplegic soln** ..... 502  
**cardioplegic solution no.25**... 502  
**CARDURA XL** ..... 142  
**CAREONE ULTRA THIN**  
**LANCET**.....362, 421  
**CAREPOINT LUER LOCK**  
**SYRINGE** ..... 382, 421  
**CAREPOINT LUER LOCK SYR-**  
**NEEDLE**..... 382, 421  
**CAREPOINT LUER SLIP**  
**SYRINGE** ..... 382, 421  
**CAREPOINT LUER SLIP**  
**SYRING-NDL**..... 382, 421  
**CAREPOINT PRECISION**  
**NEEDLE**..... 382, 421  
**CAREPOINT SAFETY LL SYR-**  
**NEEDLE**..... 382, 422  
**CARESENS LANCETS**..... 362, 422  
**CARESENS N TEST STRIPS**..350,  
422  
**CARESTART COVID-19 AG**  
**HOME TST**.....358, 422  
**CARETOUCH ALCOHOL PREP**  
**PAD** ..... 98  
**CARETOUCH HYPODERMIC**  
**NEEDLE**..... 382, 422  
**CARETOUCH LUER LOCK**  
**SYRINGE** .....382, 383, 422  
**CARETOUCH LUER LOCK SYR-**  
**NEEDLE**.....383, 422  
**CARETOUCH LUER SLIP**  
**SYRINGE** ..... 383, 422  
**CARETOUCH SAFETY**  
**LANCETS** ..... 362, 422  
**CARETOUCH TEST STRIP**... 350,  
423  
**CARETOUCH TWIST LANCET**  
.....362, 423  
**carglumic acid**..... 474  
**carisoprodol** ..... 347  
**carisoprodol-aspirin** ..... 347





clozapine.....	166	COPIKTRA .....	84, 85	cyclophosphamide.....	31, 69
COAGADEX.....	328	CORDRAN .....	233	cyclop-trop-propa-phen-ket-wat	
COAGUCHEK LANCETS.....	362,	CORDRAN TAPE LARGE ROLL		.....	483
424		.....	233	cycloserine .....	55
COARTEM.....	47	CORDX COVID-19 AG HOME		CYCLOSET .....	267
COBENFY .....	146	TEST.....	358, 425	cyclosporine .....	31, 340, 489
COBENFY STARTER PACK....	146	CORIFACT.....	328	CYCLOSPORINE IN KLARITY	
cocaine.....	516	CORLANOR .....	142	.....	489
codeine sulfate.....	15	CORTANE-B.....	503	cyclosporine modified .....	31, 340
codeine-butalbital-asa-caff.....	20	CORTIFOAM.....	304	CYLTEZO(CF) .....	24, 27, 306
colchicine .....	318	cortisone.....	278	CYLTEZO(CF) PEN.....	24, 27, 306
colesevelam .....	129	CORTISPORIN-TC.....	502	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-	
colestipol.....	129	CORTROPHIN GEL .....	263	UC-HS .....	24, 27, 306
COLOR LANCETS.....	362, 424	COSENTYX.....	220	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-	
COLUMVI .....	67	COSENTYX (2 SYRINGES) ....	220	UV .....	24, 27, 306
COMBIPATCH .....	275	COSENTYX PEN.....	220	cyproheptadine .....	505
COMBISTIX REAGENT ..	249, 424	COSENTYX PEN (2 PENS) ....	220	CYRAMZA .....	91
COMBIVENT RESPIMAT.....	512	COSENTYX UNOREADY PEN		Cyred .....	200
COMETRIQ .....	83	.....	220	Cyred Eq.....	200
COMFORT EZ LANCETS .....	362,	COTELLIC .....	82	CYSTADROPS.....	491
424		COTEMPLA XR-ODT ....	170, 171	CYSTAGON .....	311
COMFORT TOUCH PLUS		COVARYX .....	275	CYSTARAN.....	491
SAFETY LANC.....	362, 424	COVARYX H.S. ....	274	CYSTO-CONRAY II.....	248
COMFORT TOUCH ULT THIN		COVID-19 AT-HOME TEST .	358,	CYSTOGRAFIN.....	248
LANCETS.....	363, 424	425		CYSTOGRAFIN-DILUTE.....	248
COMFORTSEAL LARGE MASK		CREON.....	296	cytarabine.....	74
.....	403, 424	CRESEMBA .....	46	cytarabine (pf) .....	74
COMFORTSEAL MEDIUM		CREXONT .....	160, 161	CYTOGAM.....	103
MASK.....	403, 424	CRINONE.....	277, 520	<b>D</b>	
COMFORTSEAL SMALL MASK		cromolyn .....	82, 494, 509	dabigatran etexilate .....	338
.....	403, 424	CRYODOSE TA MEDIUM		dactinomycin .....	91
COMIRNATY 2024-25 (12Y		STREAM SPR.....	240	dalfampridine.....	481
UP)(PF).....	115	CRYODOSE TA MIST SPRAY	240	danazol .....	280
COMPACT SPACE CHAMBER		Cryelle (28).....	200	dantrolene .....	348
.....	403, 424	CRYSVITA .....	277	dapsone .....	47, 214
COMPACT SPACE CHAMBER-		CUPRIMINE .....	33, 41	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC)	
LRG MASK.....	403, 425	CURAE.....	211, 212	(PF) .....	110
COMPACT SPACE CHAMBER-		CURITY ALCOHOL SWABS ....	98	darifenacin .....	317
MED MASK.....	403, 425	CUROSURF.....	516	DARIO BLOOD GLUCOSE	
COMPACT SPACE CHAMBER-		CUSTODIOL HTK.....	500	TEST STRIP.....	350, 425
SM MASK.....	403, 425	CUTAQUIG.....	104	DARTISLA .....	300
COMPLERA .....	54	CUVITRU .....	104	darunavir.....	63
Compro.....	294	CUVRIOR.....	41	DARZALEX.....	78
CONJUPRI.....	137	cyanocobalamin (vitamin b-12)		DARZALEX FASPRO.....	78
Constulose .....	308	.....	261	dasatinib.....	86
CONTOUR NEXT TEST STRIPS		cyclobenzaprine .....	347	Dasetta 1/35 (28).....	200
.....	350, 425	CYCLOMYDRIL.....	483	Dasetta 7/7 (28).....	208
CONTOUR PLUS TEST STRIP		cyclopentolate .....	486	daunorubicin.....	91
.....	350, 425	cyclopen-tropic-phenyleph-watr		DAURISMO .....	80
CONTOUR TEST STRIPS.....	350,	.....	483	DAVOL IRRIGATION SYRINGE	
425		cyclopet-tropic-phen-ketr-wat		.....	383, 425
CONTRAVE.....	522	.....	483		

<b>DAVOL PISTON IRRIGATION</b>	<b>DEXCOM G7 RECEIVER</b> 363, 426	<b>DILUENT FOR NOVOSEVEN RT</b>
.....383, 425	<b>DEXCOM G7 SENSOR</b> ..363, 426	.....254
<b>DAXXIFY</b> .....346	<b>dexlansoprazole</b> .....298	<b>DILUENT FOR ROTARIX</b> .....255
<b>DAYBUE</b> .....194	<b>dexmethylphenidate</b> .....171	<b>DILUENT FOR VIVITROL</b> .....254
<b>Daysee</b> .....197	<b>DEXONTO</b> .....279	<b>diluent, carmustine (ethanol)</b> 254
<b>DAYVIGO</b> .....188	<b>DEXTENZA</b> .....487	<b>diluent, romidepsin (prop gly)</b>
<b>DAZAVEIDAOXIA</b> .....242	<b>dextroamphetamine sulfate</b> .171,	.....255
<b>DAZOMON</b> .....242	179, 180, 187	<b>diluent, voretigene neparvovec</b>
<b>DEBACTEROL</b> .....477	<b>dextroamphetamine-</b>	.....255
<b>Deblitane</b> .....207	<b>amphetamine</b> .....171, 179, 187	<b>DILUTING MEDIUM FOR</b>
<b>decitabine</b> .....74	<b>DIACOMIT</b> .....155	<b>NOVOLOG</b> .....254
<b>deferasirox</b> .....41	<b>DIADIMAXIA</b> .....215	<b>dimethyl fumarate</b> .....480
<b>deferiprone</b> .....41	<b>DIAOXIA</b> .....215	<b>DIOOXIA</b> .....227
<b>deferoxamine</b> .....42	<b>DIASAXIATAR</b> .....217	<b>DIPENTUM</b> .....303
<b>deflazacort</b> .....278	<b>DIASDIMAXIA</b> .....215	<b>Diphen</b> .....504, 505
<b>DELSTRIGO</b> .....54	<b>DIASOXIA</b> .....215	<b>diphenoxylate-atropine</b> .....293
<b>demeclocycline</b> .....65	<b>DIASTIX</b> .....408, 426	<b>dipyridamole</b> .....337
<b>DEMEROL (PF)</b> .....15	<b>diatrizoate meg-diatrizoat sod</b>	<b>disopyramide phosphate</b> .....127
<b>DENTA 5000 PLUS</b> .....475	.....248	<b>disulfiram</b> .....190
<b>DENTA 5000 PLUS SENSITIVE</b>	<b>DIATRUE PLUS TEST STRIP</b> 350,	<b>DIURIL</b> .....141
.....475	426	<b>divalproex</b> .....149, 176, 181
<b>DENTAGEL</b> .....476	<b>diazepam</b> .....147, 148, 174, 175	<b>docetaxel</b> .....89
<b>DEOXIATAR</b> .....216	<b>Diazepam Intensol</b> .....147, 174	<b>Dodex</b> .....261
<b>DEOXIAVAR</b> .....216	<b>diazoxide</b> .....263	<b>dofetilide</b> .....128
<b>DEPAKOTE</b> .....149, 176	<b>dichlorphenamide</b> .....140, 343	<b>DOJOLVI</b> .....258
<b>DEPAKOTE ER</b> .....149, 176, 181	<b>diclofenac epolamine</b> .....241	<b>Dolishale</b> .....200
<b>DEPAKOTE SPRINKLES</b> 149, 176	<b>diclofenac potassium</b> .....35	<b>donepezil</b> .....194
<b>DEPO-ESTRADIOL</b> .....276	<b>diclofenac sodium</b> .....35, 36, 227,	<b>DOPTELET (10 TAB PACK)</b> ..339
<b>DEPO-PROVERA</b> .....196	241, 489	<b>DOPTELET (15 TAB PACK)</b> ..339
<b>DEPO-SUBQ PROVERA 104</b> 196	<b>diclofenac-misoprostol</b> .....34	<b>DOPTELET (30 TAB PACK)</b> ..339
<b>Dermacinrx Lidocan</b> .....243	<b>dicloxacillin</b> .....63	<b>dorzolamide</b> .....491
<b>DERMACINRX LIDOGEL</b> .....243	<b>dicyclomine</b> .....300	<b>dorzolamide (pf)</b> .....491
<b>DERMACINRX LIDOREX</b> .....243	<b>diethylpropion</b> .....521	<b>dorzolamide-timolol</b> .....490
<b>DERMAZENE</b> .....226	<b>DIFFERIN</b> .....218	<b>dorzolamide-timolol (pf)</b> .....490
<b>DESCOVY</b> .....51	<b>DIFICID</b> .....61	<b>Dotti</b> .....276
<b>desflurane</b> .....38	<b>diflunisal</b> .....38	<b>DOVATO</b> .....50
<b>desipramine</b> .....159	<b>difluprednate</b> .....487	<b>DOVER BULB SYRINGE</b> 383, 426
<b>desloratadine</b> .....505, 506	<b>Digitek</b> .....139	<b>doxazosin</b> .....142
<b>desmopressin</b> .....266	<b>digoxin</b> .....139	<b>doxepin</b> .....159, 189
<b>desog-e.estradiol/e.estradiol</b> ..197	<b>dihydroergotamine</b> .....182	<b>doxercalciferol</b> .....472
<b>desonide</b> .....233	<b>DILANTIN</b> .....151	<b>doxorubicin</b> .....91
<b>desoximetasone</b> .....233	<b>Dilantin Extended</b> .....151	<b>doxorubicin, peg-liposomal</b> ....91
<b>desvenlafaxine</b> .....158	<b>Dilantin Infatabs</b> .....151	<b>doxycycline hyclate</b> .....65, 478
<b>desvenlafaxine succinate</b> .....158	<b>DILANTIN-125</b> .....151	<b>doxycycline monohydrate</b> .....65
<b>dexamethasone</b> .....278, 279	<b>DILAUDID (PF)</b> .....15	<b>doxylamine-pyridoxine (vit b6)</b>
<b>DEXAMETHASONE INTENSOL</b>	<b>diltiazem hcl</b> .....136, 137	.....294
.....278	<b>DILT-XR</b> .....137	<b>D-PENAMINE</b> .....33, 41
<b>dexamethasone sodium</b>	<b>DILUENT FOR BICNU</b> .....254	<b>DRITHOCREME HP</b> .....227
<b>phosphate</b> .....487	<b>diluent for decitabine</b> .....254	<b>dronabinol</b> .....179, 294, 522
<b>DEXCOM G6 RECEIVER</b> 363, 425	<b>DILUENT FOR ELIGARD</b> .....254	<b>DROPLET LANCETS</b> .....363, 426
<b>DEXCOM G6 SENSOR</b> ..363, 426	<b>DILUENT FOR ISTODAX</b> .....254	<b>DROPSAFE ALCOHOL PREP</b>
<b>DEXCOM G6 TRANSMITTER</b>	<b>DILUENT FOR JEVTANA</b> .....254	<b>PADS</b> .....98
.....363, 426	<b>diluent for melphalan</b> .....254	

**DROPSAFE SICURA SAFETY**  
**NEEDLE** .....383, 426  
*drospirenone-e.estradiol-lm.f*  
.....200  
*drospirenone-ethinyl estradiol*  
.....200  
**DROXIA**.....338  
*droxidopa*.....139  
**DRYSOL**.....227  
**DRYSOL DAB-O-MATIC**.....227  
**DUAKLIR PRESSAIR**.....512  
**DUAVEE**.....274  
**DULERA** .....513  
*duloxetine*.....158, 181  
**DUOBRII**.....219  
**DUODOTE**.....40  
**DUOPA**.....161  
**DUPIXENT PEN**.....221, 508  
**DUPIXENT SYRINGE**.....221, 508  
**DUREX AIR CONDOM**..374, 426  
**DUREX AVANTI BARE REAL**  
**FEEL**.....374, 427  
**DUREX EXTRA SENSITIVE**  
**CONDOM** .....374, 427  
**DUREX TROPICAL CONDOM**  
.....374, 427  
**DUROLANE**.....345  
**DURYSTA**.....498  
*dutasteride*.....315  
*dutasteride-tamsulosin*.....311  
**DUVYZAT**.....343  
**DUZALLO**.....319  
**DYANAVAL XR**.....171, 172, 179  
**DYSPORT** .....346  
**E**  
**E.E.S. 400** .....61  
**EASIVENT HOLDING**  
**CHAMBER**.....403, 427  
**EASIVENT MASK LARGE**.....404,  
427  
**EASIVENT MASK MEDIUM**..404,  
427  
**EASIVENT MASK SMALL**.....404,  
427  
**EASY COMFORT ALCOHOL**  
**PAD**.....98  
**EASY COMFORT LANCETS**..364,  
427  
**EASY GLIDE CATHETER TIP**  
**SYRINGE** .....383, 427  
**EASY GLIDE DENTAL IRRIG**  
**SYRINGE** .....383, 427  
**EASY GLIDE LUER LOCK**  
**SYRINGE**.....383, 384, 427  
**EASY GLIDE LUER SLIP TB**  
**SYRINGE** .....384, 427  
**EASY PLUS II TEST** .....350, 427  
**EASY STEP**.....350, 428  
**EASY TALK GLUCOSE TEST**350,  
428  
**EASY TALK PLUS II TEST STRIP**  
.....351, 428  
**EASY TOUCH** .....387, 431  
**EASY TOUCH ALCOHOL PREP**  
**PADS** .....98  
**EASY TOUCH BLULINK TEST**  
**STRIP** .....351, 428  
**EASY TOUCH FLIPLOCK**  
**NEEDLE**.....384, 428  
**EASY TOUCH FLIPLOCK**  
**SYRINGE**.....384, 385, 428, 429  
**EASY TOUCH FLURINGE**.....385,  
429  
**EASY TOUCH FLURINGE**  
**FLIPLOCK** .....385, 429  
**EASY TOUCH FLURINGE FLU**  
**TRAY** .....385, 429  
**EASY TOUCH FLURINGE**  
**SHEATHLOCK**.....385, 429  
**EASY TOUCH HYPODERMIC**  
**NEEDLE**.....386, 430  
**EASY TOUCH LANCETS**364, 430  
**EASY TOUCH LUER LOCK**  
**SYRINGE**.....386, 430  
**EASY TOUCH SAFETY**  
**LANCETS**.....364, 430  
**EASY TOUCH SHEATHLOCK**  
**SYRG-NDL**.....386, 387, 431  
**EASY TOUCH SHEATHLOCK**  
**SYRINGE**.....387, 431  
**EASY TOUCH SYR ALLERGY**  
**TRAY** .....387, 431  
**EASY TOUCH TEST STRIP**...351,  
431  
**EASY TOUCH TUBERCULIN**  
**FLIPLOCK** .....387, 432  
**EASY TOUCH TUBERCULIN**  
**SHEATHLK**.....387, 432  
**EASY TOUCH TWIST LANCETS**  
.....364, 432  
**EASY TOUCH UNI-SLIP** 388, 432  
**EASY TRAK GLUCOSE TEST**351,  
432  
**EASY TRAK II TEST STRIP**....351,  
432  
**EASY TWIST AND CAP**  
**LANCETS** .....364, 432  
**EASYGLUCO TEST** .....351, 432  
**EASYMAX** .....351, 432  
**EASYMAX 15 TEST STRIPS**..351,  
432  
**EASYPPOINT NEEDLE** ....388, 432  
**EBGLYSS PEN** .....221  
**ECLIPSE NEEDLE**.....388, 433  
**ECLIPSE SYRINGE** .....388, 433  
**EC-NAPROXEN** .....36  
*econazole*.....225  
**ECONTRA EZ** .....211, 212  
**ECONTRA ONE-STEP**...211, 212  
**ECOTRIN**.....38, 337  
**ECOZA**.....225  
*edaravone*.....343  
**EDARBI**.....125  
**EDARBYCLOR** .....125  
**EDEX** .....252  
**ED-SPAZ** .....299, 317  
**EDURANT** .....50  
**EEMT** .....275  
**EEMT HS** .....275  
*efavirenz*.....50  
*efavirenz-emtricitabin-tenofov*54  
*efavirenz-lamivu-tenofov disop*  
.....55  
**EFFER-K**.....257  
**EGATEN**.....44  
**EGRIFTA SV** .....280  
**ELAHERE** .....67, 72  
**ELAPRASE** .....471  
**ELELYSO** .....470  
**ELEMENT COMPACT TEST**  
**STRIPS**.....351, 433  
**ELEMENT TEST STRIPS**351, 433  
**ELESTRIN** .....276  
*eletriptan* .....183  
**ELFABRIO**.....470  
**ELIGARD**.....82  
**ELIGARD (3 MONTH)** .....81  
**ELIGARD (4 MONTH)** .....81  
**ELIGARD (6 MONTH)** .....81  
*Elinest*.....200  
**ELIQUIS** .....322  
**ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D**  
**START** .....322

<b>Elixophyllin</b> .....	509	<b>Enpresse</b> .....	208	<b>erythromycin-benzoyl peroxide</b> .....	215
<b>ELLA</b> .....	211, 212	<b>Enskyce</b> .....	200	<b>escitalopram oxalate</b> .....	157
<b>ELLUME COVID-19 HOME</b> <b>TEST</b> .....	358, 433	<b>ENSPRYNG</b> .....	342	<b>esomeprazole magnesium</b> .....	298
<b>ELMIRON</b> .....	312	<b>ENSTILAR</b> .....	219	<b>ESPEROCT</b> .....	326
<b>ELOCTATE</b> .....	326	<b>entacapone</b> .....	161	<b>Estarylla</b> .....	200
<b>ELREXFIO</b> .....	94	<b>ENTADFI</b> .....	311	<b>estazolam</b> .....	175, 188
<b>Eluryng</b> .....	211	<b>entecavir</b> .....	58	<b>estradiol</b> .....	276, 520
<b>ELYXYB</b> .....	183	<b>ENTERO VU</b> .....	247	<b>estradiol valerate</b> .....	276
<b>ELZONRIS</b> .....	93	<b>ENTRESTO</b> .....	125	<b>estradiol-norethindrone acet</b>	275
<b>EMBRACE BLOOD GLUCOSE</b> <b>SYSTEM</b> .....	351, 433	<b>ENTRESTO SPRINKLE</b> .....	125	<b>ESTRATEST F.S.</b> .....	275
<b>EMBRACE EVO TEST STRIPS</b> .....	351, 433	<b>ENTYVIO</b> .....	304	<b>ESTRING</b> .....	520
<b>EMBRACE LANCETS</b> .....	364, 433	<b>Enulose</b> .....	296	<b>estrogens-methyltestosterone</b>	275
<b>EMBRACE PRO TEST STRIPS</b> .....	351, 433	<b>ENVARUSUS XR</b> .....	340	<b>eszopiclone</b> .....	188
<b>EMBRACE SAFETY LANCET</b>	364,	<b>ENZNONUTY</b> .....	240	<b>ethacrynic acid</b> .....	140
433		<b>EOHILIA</b> .....	279	<b>ethambutol</b> .....	55
<b>EMBRACE TALK TEST STRIPS</b> .....	351, 433	<b>EPCLUSA</b> .....	59	<b>ethosuximide</b> .....	154
<b>EMBRACE WAVE GLUCOSE</b> <b>TEST STRP</b> .....	351, 433	<b>EPIDIOLEX</b> .....	149	<b>ethyl chloride</b> .....	240
<b>EMEND</b> .....	295	<b>EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE</b> .....	245	<b>ethynodiol diac-eth estradiol</b>	200
<b>EMFLAZA</b> .....	279	<b>EPIFOAM</b> .....	237	<b>etodolac</b> .....	36
<b>EMGALITY PEN</b> .....	182	<b>epinastine</b> .....	487	<b>etonogestrel-ethinyl estradiol</b>	211
<b>EMGALITY SYRINGE</b> .....	146, 182	<b>epinephrine</b> .....	139, 506	<b>etoposide</b> .....	79
<b>EMPAVELI</b> .....	320, 337	<b>epinephrine hcl</b> .....	517	<b>etravirine</b> .....	50
<b>EMPLICITI</b> .....	75	<b>epirubicin</b> .....	91	<b>EUCRISA</b> .....	222
<b>EMSAM</b> .....	156	<b>Epitol</b> .....	152, 176	<b>EUFLEXXA</b> .....	345
<b>emtricitabine</b> .....	52	<b>EPKINLY</b> .....	67	<b>EUTHYROX</b> .....	292
<b>emtricitabine-tenofovir (tdf)</b> ....	51	<b>eplerenone</b> .....	124, 140	<b>EVAMIST</b> .....	277
<b>EMTRIVA</b> .....	52	<b>EPOGEN</b> .....	323	<b>EVARREST</b> .....	332
<b>EMVERM</b> .....	44	<b>epoprostenol</b> .....	143	<b>EVENCARE G2</b> .....	351, 433
<b>Emzahh</b> .....	207	<b>EPRONTIA</b> .....	152	<b>EVENCARE G3 TEST</b> .....	351, 433
<b>enalapril maleate</b> .....	123	<b>eprosartan</b> .....	126	<b>EVENCARE MINI GLUCOSE</b> <b>TEST STR</b> .....	352, 434
<b>enalapril-hydrochlorothiazide</b> .....	123	<b>eptifibatide</b> .....	336	<b>EVENCARE PROVIEW TEST</b> <b>STRIP</b> .....	352, 434
<b>ENBREL</b> .....	23, 27	<b>EQUETRO</b> .....	152, 176	<b>EVENCARE TEST</b> .....	352, 434
<b>ENBREL MINI</b> .....	23, 27	<b>ERBITUX</b> .....	95	<b>EVENITY</b> .....	272
<b>ENBREL SURECLICK</b> .....	23, 27	<b>ergocalciferol (vitamin d2)</b> .....	262	<b>everolimus (antineoplastic)</b> .....	83
<b>ENDARI</b> .....	253, 258, 338	<b>ergoloid</b> .....	195	<b>everolimus (immunosuppressive)</b> .....	342
<b>ENDO AVITENE</b> .....	330	<b>ERGOMAR</b> .....	182	<b>EVERSENSE E3 SMART</b> <b>TRANSMITTER</b> .....	364, 434
<b>Endocet</b> .....	21	<b>ergotamine-caffeine</b> .....	183	<b>EVICEL</b> .....	332
<b>ENDOMETRIN</b> .....	277	<b>eribulin</b> .....	83	<b>EVKEEZA</b> .....	128
<b>ENFIT THUMB CONTROL</b> <b>RING SYRIN</b> .....	360, 433	<b>ERIVEDGE</b> .....	80	<b>EVOLUTION TEST STRIPS</b> ... 352,	434
<b>ENGERIX-B (PF)</b> .....	102	<b>ERLEADA</b> .....	71	<b>EVOMELA</b> .....	69
<b>ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)</b>	102	<b>erlotinib</b> .....	68	<b>EVOTAZ</b> .....	53, 64
<b>ENHERTU</b> .....	72, 94	<b>ERMEZA</b> .....	292	<b>EVRYSDI</b> .....	348
<b>Enilloring</b> .....	211	<b>Errin</b> .....	207	<b>EXCEL SYRINGE</b> .....	388, 434
<b>ENJAYMO</b> .....	320, 322	<b>ERWINASE</b> .....	76	<b>EXEL HYPODERMIC NEEDLES</b> .....	388, 434
<b>enoxaparin</b> .....	334	<b>Ery Pads</b> .....	214	<b>EXEL SYRINGE</b> .....	388, 389, 434
		<b>Ery-Tab</b> .....	61	<b>EXELDERM</b> .....	225
		<b>ERYTHROCIN (AS STEARATE)</b> .....	61		
		<b>erythromycin</b> .....	62, 497		
		<b>erythromycin ethylsuccinate</b> ...	62		
		<b>erythromycin with ethanol</b> .....	214		

EXEM.....	249	<i>fentanyl citrate (pf)</i> .....	16, 38	<i>fludrocortisone</i> .....	289
exemestane.....	75	<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl</i> ..	16	<b>FLULAVAL TRIV 2024-2025 (PF)</b>	
EXODERM.....	224	<b>FERRIPROX</b> .....	42	.....	118
EXONDYS-5 I.....	345	<i>fesoterodine</i> .....	318	<b>FLUMIST TRIVALENT 2024-</b>	
EYLEA.....	493, 499	<b>FETZIMA</b> .....	158	<b>2025</b> .....	107, 118
EYLEA HD.....	493, 499	<b>FIASP FLEXTOUCH U-100</b>		<i>flunisolide</i> .....	516
EYSUVIS.....	487	<b>INSULIN</b> .....	286	<i>fluocinolone</i> .....	233
E-Z DISK.....	247	<b>FIASP PENFILL U-100 INSULIN</b>		<i>fluocinolone acetonide oil</i> .....	503
E-Z JECT LANCETS.....	364, 434	.....	286	<i>fluocinolone and shower cap</i> ..	233
E-Z JECT THIN LANCETS.....	364, 434	<b>FIASP PUMPCART</b> .....	286	<i>fluocinonide</i> .....	233, 234
EZ SMART LANCETS.....	364, 435	<b>FIASP U-100 INSULIN</b> .....	286	<b>Fluocinonide-E</b> .....	234
EZ SMART PLUS TEST...352, 435		<b>FIBRYGA</b> .....	330	<i>fluocinonide-emollient</i> .....	234
EZ SMART TEST.....	352, 435	<b>FILSPARI</b> .....	122	<i>fluorescein-benoxinate</i> ...491, 492	
EZALLOR SPRINKLE.....	130	<b>FILSUVEZ</b> .....	247	<i>fluorescein-proparacaine</i> .....	491
ezetimibe.....	134	<i>filter needles</i> .....	389, 435	<i>fluoride (sodium)</i> .....	476
ezetimibe-simvastatin.....	134	<b>FINACEA</b> .....	214, 242	<b>FLUORIDEX DAILY DEFENSE</b>	
E-Z-HD BARIUM.....	247	<i>finasteride</i> .....	314	.....	476
E-Z-PAQUE.....	247	<b>FINGERSTIX LANCETS</b> ..	364, 435	<b>FLUORIDEX SENSITIVITY</b>	
E-Z-PASTE.....	247	<i> fingolimod</i> .....	481	<b>RELIEF</b> .....	476
<b>F</b>		<b>FINTEPLA</b> .....	155	<b>FLUORIMAX 5000</b> .....	476
<b>FABHALTA</b> .....	319, 320	<i>Finzala</i> .....	201	<b>FLUORIMAX 5000 SENSITIVE</b>	
<b>FABRAZYME</b> .....	470	<i>Fioricet</i> .....	23	.....	476
<b>FACTIVE</b> .....	57	<b>FIRDAPSE</b> .....	344	<i>fluorometholone</i> .....	487
<i>Falmina (28)</i> .....	200	<b>FLAREX</b> .....	487	<b>FLUROPLEX</b> .....	226
<i>famciclovir</i> .....	60	<i>flavoxate</i> .....	318	<i>fluorouracil</i> .....	226
<i>famotidine</i> .....	297	<b>FLEBOGAMMA DIF</b> .....	104	<i>flouxetine</i> .....	157
<b>FANAPT</b> .....	163	<i>flecainide</i> .....	127	<b>FLUOXIA</b> .....	236
<b>FANTASY CONDOM</b> .....	374, 435	<b>FLEXICHAMBER</b> .....	404, 435	<i>fluphenazine hcl</i> .....	167
<b>FARXIGA</b> .....	269	<b>FLEXICHAMBER-LG CHILD</b>		<i>flurandrenolide</i> .....	234
<b>FASENRA</b> .....	509	<b>MASK</b> .....	404, 435	<i>flurazepam</i> .....	175, 188
<b>FASENRA PEN</b> .....	508	<b>FLEXICHAMBER-SM ADULT</b>		<i>flurbiprofen</i> .....	36
<b>FASTEP COVID-19 AG HOME</b>		<b>MASK</b> .....	404, 435	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	489
<b>TEST</b> .....	358, 435	<b>FLEXICHAMBER-SM CHILD</b>		<i>fluticasone propionate</i> ..234, 507,	
<b>FC2 FEMALE CONDOM</b> 361, 435		<b>MASK</b> .....	404, 435	508, 516	
<i>febuxostat</i> .....	319	<b>FLOLIPID</b> .....	130	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	
<b>FEIBA NF</b> .....	321	<b>FLOW-EZE VENTED NEEDLE</b>		.....	513
<i>felbamate</i> .....	149	.....	389, 435	<i>fluvastatin</i> .....	130, 131
<i>felodipine</i> .....	137	<b>FLOWFLEX COVID-19 AG</b>		<i>fluvoxamine</i> .....	157
<b>FEM PH</b> .....	520	<b>HOME TEST</b> .....	358, 435	<b>FLUZONE HIGH-DOSE TRIV</b>	
<b>FEMCAP</b> .....	357, 435	<i>floxuridine</i> .....	74	<b>24-25</b> .....	118
<b>FEMLYV</b> .....	200	<b>FLUAD TRIV 2024-25(65Y</b>		<b>FLUZONE QUAD SOUTH</b>	
<b>FEMRING</b> .....	520	<b>UP)(PF)</b> .....	117	<b>HEM2024(PF)</b> .....	118
<i>fenofibrate</i> .....	129	<b>FLUARIX TRIV 2024-2025 (PF)</b>		<b>FLUZONE QUAD SOUTHERN</b>	
<i>fenofibrate micronized</i> .....	129	.....	117	<b>HEM 2024</b> .....	118
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	129	<b>FLUBLOK TRIV 2024-2025 (PF)</b>		<b>FLUZONE TRIV 2024-2025</b> ... 119	
<i>fenofibric acid</i> .....	129	.....	117	<b>FLUZONE TRIV 2024-2025 (PF)</b>	
<i>fenofibric acid (choline)</i> .....	129	<b>FLUCELVAX TRIV 2024-2025</b> 118		.....	119
<b>FENSOLVI</b> .....	287	<b>FLUCELVAX TRIV 2024-2025</b>		<b>FML FORTE</b> .....	488
<i>fentanyl</i> .....	16	<b>(PF)</b> .....	117	<b>FOLET ONE</b> .....	258, 259
<i>fentanyl citrate</i> .....	16	<i>fluconazole</i> .....	46	<i>folic acid</i> .....	262
		<i>flucytosine</i> .....	45	<b>FOLLISTIM AQ</b> .....	278
		<i>fludarabine</i> .....	73	<b>FOLOTYN</b> .....	72

<i>fondaparinux</i> .....	334	<b>FREESTYLE LIBRE 2 PLUS</b>		<b>Gavilyte-N</b> .....	309
<b>FORA 6 CONNECT GLUCOSE</b>		<b>SENSOR</b> .....	365, 437	<b>GAVRETO</b> .....	89
<b>STRIP</b> .....	352, 435	<b>FREESTYLE LIBRE 2 READER</b>		<b>GAZYVA</b> .....	77
<b>FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV</b>		.....	365, 437	<b>GE100 BLOOD GLUCOSE TEST</b>	
<b>STRIP</b> .....	352, 435	<b>FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR</b>		<b>STRIP</b> .....	353, 438
<b>FORA DI5G STRIPS</b> .....	352, 435	.....	365, 437	<b>GE333 BLOOD GLUCOSE TEST</b>	
<b>FORA D20</b> .....	352, 435	<b>FREESTYLE LIBRE 3 PLUS</b>		<b>STRIP</b> .....	353, 438
<b>FORA D40-G3I TEST STRIPS</b>		<b>SENSOR</b> .....	365, 438	<i>gefitinib</i> .....	68
.....	352, 436	<b>FREESTYLE LIBRE 3</b>		<b>GELFILM</b> .....	494
<b>FORA G20</b> .....	352, 436	<b>READER</b> .....	366, 438	<b>GELFOAM</b> .....	331
<b>FORA G30-PREMIUM V10 TEST</b>		<b>FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR</b>		<b>GELFOAM JMI POWDER</b> .....	331
<b>STRIP</b> .....	352, 436	.....	366, 438	<b>GELFOAM JMI SPONGE</b> .....	331
<b>FORA GD50 TEST STRIPS</b> .....	352,	<b>FREESTYLE LITE STRIPS</b>	353, 438	<b>GELFOAM SPONGE SIZE 200</b>	
436		<b>FREESTYLE PRECISION NEO</b>		.....	331
<b>FORA GTEL GLUCOSE TEST</b>		<b>STRIPS</b> .....	353, 438	<b>GEL-ONE</b> .....	345
<b>STRIP</b> .....	352, 436	<b>FREESTYLE TEST</b> .....	353, 438	<b>GELSYN-3</b> .....	345
<b>FORA TEST STRIP</b> .....	352, 436	<b>FREESTYLE UNISTIK 2</b> .....	366, 438	<i>gemcitabine</i> .....	74
<b>FORA TN'G ADVAN PRO TEST</b>		<i>frovatriptan</i> .....	183	<i>gemfibrozil</i> .....	129
<b>STRIP</b> .....	352, 436	<b>FRUZAQLA</b> .....	87	<i>Gemmily</i> .....	201
<b>FORA TN'G VOICE TEST</b>		<b>FULPHILA</b> .....	328	<b>GEMTESA</b> .....	313
<b>STRIPS</b> .....	352, 436	<i>fulvestrant</i> .....	88	<b>GENABIO COVID-19 RAPID AT-</b>	
<b>FORA V10</b> .....	353, 436	<b>FUROSCIX</b> .....	140	<b>HOME</b> .....	358, 438
<b>FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS</b>		<i>furosemide</i> .....	140	<b>GENADUR (WITH LEXINAL)</b>	245
.....	353, 436	<b>FUZEON</b> .....	49	<i>Generlac</i> .....	296
<b>FORA V12 GLUCOSE</b> .....	353, 436	<b>FYARRO</b> .....	83	<i>Gengraf</i> .....	31, 341
<b>FORA V20</b> .....	353, 436	<i>Fyavolv</i> .....	275	<b>GENOTROPIN</b> .....	281
<b>FORA V30A</b> .....	353, 436	<b>FYCOMPA</b> .....	147, 148	<b>GENOTROPIN MINIQUICK</b>	281
<b>FORACARE GD20</b> .....	353, 436	<b>FYLNETRA</b> .....	328	<i>gentamicin</i> .....	222, 496
<b>FORACARE GD40 TEST STRIPS</b>		<i>Fyremadel</i> .....	288	<b>GENULTIMATE TEST STRIP</b>	353,
.....	353, 436	<b>G</b>		438	
<b>FORACARE LANCETS</b> .....	364, 436	<i>gabapentin</i> .....	150	<b>GENVISC 850</b> .....	345
<i>formoterol fumarate</i> .....	511	<b>GALAFOLD</b> .....	475	<b>GENVOYA</b> .....	54
<b>FOSAMAX PLUS D</b> .....	273	<i>galantamine</i> .....	194	<b>GILENYA</b> .....	481
<i>fosamprenavir</i> .....	64	<i>Gallifrey</i> .....	289	<b>GILOTRIF</b> .....	68
<i>fosfomycin tromethamine</i>	45, 316	<b>GALZIN</b> .....	41	<b>GIMOTI</b> .....	299
<i>fosinopril</i> .....	123	<b>GAMASTAN</b> .....	104	<b>GLASSIA</b> .....	515
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>		<b>GAMIFANT</b> .....	342	<i>glatiramer</i> .....	480
.....	123	<b>GAMMAGARD LIQUID</b> .....	104	<i>Glatopa</i> .....	480
<b>FOSRENOL</b> .....	313	<b>GAMMAGARD S-D (IGA &lt; I</b>		<b>GLEOLAN</b> .....	252
<b>FOTIVDA</b> .....	86	<b>MCG/ML)</b> .....	104	<b>GLEOSTINE</b> .....	70
<b>FRAGMIN</b> .....	334, 335	<b>GAMMAKED</b> .....	104	<b>GLIADEL WAFER</b> .....	70
<b>FRAICHE 5000 KIDS PLUS</b> .....	476	<b>GAMMAPLEX</b> .....	104	<i>glimepiride</i> .....	270
<b>FRAICHE 5000 PREVI</b> .....	476	<b>GAMMAPLEX (WITH</b>		<i>glipizide</i> .....	270
<b>FREFLEX PLUS TRANSFER</b>		<b>SORBITOL)</b> .....	104	<i>glipizide-metformin</i> .....	270
<b>ADAPTER</b> .....	401, 436	<b>GAMUNEX-C</b> .....	105	<b>GLOPERBA</b> .....	318
<b>FREESTYLE INSULINX</b> .....	353, 436	<i>ganirelix</i> .....	288	<b>GLOSTRIPS</b> .....	491
<b>FREESTYLE INSULINX TEST</b>		<b>GARDASIL 9 (PF)</b> .....	116	<b>GLUCAGON (HCL)</b>	
<b>STRIPS</b> .....	353, 437	<b>GASTROMARK</b> .....	248	<b>EMERGENCY KIT</b> .....	264
<b>FREESTYLE LANCETS</b> .....	364, 437	<i>gatifloxacin</i> .....	496	<b>Glucagon Emergency Kit</b>	
<b>FREESTYLE LIBRE 14 DAY</b>		<b>GATTEX 30-VIAL</b> .....	311	<b>(Human)</b> .....	264
<b>READER</b> .....	364, 437	<b>GATTEX ONE-VIAL</b> .....	311	<b>GLUCO NAVII TEST STRIP</b> ..	353,
<b>FREESTYLE LIBRE 14 DAY</b>		<b>GAVILYTE-C</b> .....	308	438	
<b>SENSOR</b> .....	365, 437	<i>Gavilyte-G</i> .....	308		

<b>GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS</b> .....353, 439	<b>GUARDIAN LINK 3</b> <b>TRANSMITTER</b> .....366, 439	<b>heparin (porcine) in 0.9% nacl</b> ..... 332, 333
<b>GLUCOCARD EXPRESSION</b> 354, 439	<b>GUARDIAN SENSOR 3</b> ..366, 439	<b>heparin (porcine) in 5 % dex</b> .333
<b>GLUCOCARD SHINE TEST</b> <b>STRIPS</b> .....354, 439	<b>GVOKE</b> .....264	<b>heparin lock flush (porcine)</b> ..332, 333
<b>GLUCOCARD VITAL SENSOR</b> .....354, 439	<b>GVOKE HYPOPEN 1-PACK</b> ...264	<b>HEPARIN</b>
<b>GLUCOCARD VITAL TEST</b> <b>STRIPS</b> .....354, 439	<b>GVOKE HYPOPEN 2-PACK</b> ...264	<b>LOCKFLUSH(PORCINE)(PF)</b> ..... 332, 333
<b>GLUCOCOM GLUCOSE</b> .....354, 439	<b>GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE</b> .....264	<b>heparin, porcine (pf)</b> ..... 332, 333
<b>GLUCOCOM LANCETS</b> 366, 439	<b>GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE</b> .....264	<b>HEPLISAV-B (PF)</b> ..... 103
<b>glutamine (sickle cell)</b> .....253, 258, 338	<b>GYNAZOLE-1</b> .....519	<b>HER STYLE</b> .....211, 212
<b>glyburide</b> .....270	<b>H</b>	<b>HERCEPTIN</b> ..... 95
<b>glyburide micronized</b> .....270	<b>HAEGARDA</b> ..... 322	<b>HERCEPTIN HYLECTA</b> ..... 95
<b>glyburide-metformin</b> .....270	<b>Hailey</b> .....201	<b>HERZUMA</b> ..... 95
<b>glycine urologic solution</b> .....312	<b>Hailey 24 Fe</b> .....201	<b>HETLIOZ LQ</b> ..... 181
<b>glycopyrrolate</b> .....300, 478	<b>Hailey Fe 1.5/30 (28)</b> .....201	<b>HEXIOUNYL</b> .....224
<b>glycopyrrolate (pf)</b> .....300	<b>Hailey Fe 1/20 (28)</b> .....201	<b>HIBERIX (PF)</b> ..... 113
<b>Glydo</b> .....243	<b>HALAVEN</b> .....83	<b>HICON</b> ..... 88
<b>GLYRX-PF</b> .....300	<b>halcinonide</b> .....234	<b>HIXDEFRIMA</b> .....225
<b>GLYXAMBI</b> .....269	<b>HALO CLOSED VIAL ADAPTOR</b> .....401, 440	<b>HIZENTRA</b> ..... 105
<b>GM100</b> .....354, 439	<b>halobetasol propionate</b> .....234	<b>HOMATROPAIRE</b> .....486
<b>GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST</b> <b>STRIP</b> .....354, 439	<b>Haloette</b> .....211	<b>huber safety needles (disp.)</b> ..389, 440
<b>GOJJI LANCETS</b> .....366, 439	<b>HALOG</b> .....234	<b>HUMALOG KWIKPEN INSULIN</b> .....286
<b>GONAL-F</b> .....278	<b>haloperidol</b> .....166	<b>HUMALOG MIX 50-50 INSULN</b> <b>U-100</b> .....284
<b>GONAL-F RFF</b> .....278	<b>haloperidol lactate</b> .....166	<b>HUMALOG MIX 50-50</b> <b>KWIKPEN</b> .....284
<b>GONAL-F RFF REDI-JECT</b> .....278	<b>HARMONY GLUCOSE TEST</b> <b>STRIP</b> .....354, 440	<b>HUMALOG MIX 75-25(U-</b> <b>100)INSULN</b> .....284
<b>GOODLIFE AC-302 TEST STRIP</b> .....354, 439	<b>HARVONI</b> ..... 59	<b>HUMALOG U-100 INSULIN</b> .286
<b>GOTOKNOW COVID-19 AG</b> <b>HOME TEST</b> .....358, 439	<b>HAVRIX (PF)</b> ..... 101	<b>HUMATE-P</b> .....326
<b>GRAFIX CORE</b> .....245	<b>HAXDRAX</b> .....224	<b>HUMATROPE</b> .....281
<b>GRAFIX PRIME</b> .....245	<b>HEALON ENDOCOAT</b> .....495	<b>HUMIRA</b> ..... 24, 27, 306
<b>GRAFIX XC</b> .....245	<b>HEALON GV PRO</b> .....495	<b>HUMIRA PEN</b> ..... 24, 27, 306
<b>granisetron hcl</b> .....295	<b>HEALON PRO</b> .....495	<b>HUMIRA(CF)</b> ..... 25, 28, 306
<b>GRANIX</b> .....328	<b>HEALONS PRO</b> .....495	<b>HUMIRA(CF) PEN</b> ..... 25, 28, 306
<b>GRASTEK</b> .....100	<b>HEALTHPRO TEST STRIPS</b> ..354, 440	<b>HUMIRA(CF) PEN CROHNS-</b> <b>UC-HS</b> ..... 25, 27, 306
<b>GREEN GLO</b> .....491	<b>HEALTHY ACCENTS UNILET</b> <b>LANCET</b> .....366, 440	<b>HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC</b> <b>UC</b> ..... 25, 27, 306
<b>griseofulvin microsize</b> .....46	<b>Heather</b> .....207	<b>HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-</b> <b>ADOL HS</b> ..... 25, 28, 306
<b>griseofulvin ultramicrosize</b> .....46	<b>HEMA-COMBISTIX</b> .....249, 440	<b>HUMULIN 70/30 U-100</b> <b>INSULIN</b> .....282
<b>guanfacine</b> .....139, 170	<b>HEMANGEOL</b> .....136	<b>HUMULIN 70/30 U-100</b> <b>KWIKPEN</b> .....282
<b>GUARDIAN 4 GLUCOSE</b> <b>SENSOR</b> .....366, 439	<b>HEMLIBRA</b> .....330	<b>HUMULIN N NPH INSULIN</b> <b>KWIKPEN</b> .....283
<b>GUARDIAN 4 TRANSMITTER</b> .....366, 439	<b>HEMOFIL M HIGH</b> .....326	<b>HUMULIN N NPH U-100</b> <b>INSULIN</b> .....283
<b>GUARDIAN CONNECT</b> <b>TRANSMITTER</b> .....366, 439	<b>HEMOFIL M LOW</b> .....326	
	<b>HEMOFIL M MID</b> .....326	
	<b>HEMOFIL M SUPER HIGH</b> ...326	
	<b>HEP FLUSH-10 (PF)</b> .....332, 333	
	<b>HEPAGAM B</b> .....106	
	<b>heparin (porcine)</b> .....333	

<b>HUMULIN R REGULAR U-100</b>	<b>HYQVIA</b> .....	<b>INBRIJA</b> .....
<b>INSULN</b> .....	<b>HYQVIA HY COMPONENT</b> ..	<b>Incassia</b> .....
<b>HUMULIN R U-500 (CONC)</b>	<b>HYQVIA IG COMPONENT</b> ...	<b>INCONTROL ALCOHOL PADS</b>
<b>INSULIN</b> .....	<b>HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC</b>	.....
<b>HUMULIN R U-500 (CONC)</b>	<b>STARTER</b> .....	<b>INCONTROL SUPER THIN</b>
<b>KWIKPEN</b> .....	<b>HYRIMOZ PEN PSORIASIS</b>	<b>LANCETS</b> .....
<b>HYALGAN</b> .....	<b>STARTER</b> .....	<b>INCONTROL ULTRA THIN</b>
<b>HYCAMTIN</b> .....	<b>HYRIMOZ(CF)</b> .....	<b>LANCETS</b> .....
<b>hydralazine</b> .....	<b>HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN</b>	<b>INCRELEX</b> .....
<b>HYDRO 35</b> .....	<b>STARTER</b> .....	<b>INCRUSE ELLIPTA</b> .....
<b>hydrochlorothiazide</b> .....	<b>HYRIMOZ(CF) PEN</b> ... ..	<b>indapamide</b> .....
<b>hydrocodone bitartrate</b> .....	<b>HYSINGLA ER</b> .....	<b>INDICAID COVID-19 AG HOME</b>
<b>hydrocodone-acetaminophen</b> 20,	<b>I</b>	<b>TEST</b> .....
21	<b>ibandronate</b> .....	<b>indium-111 chloride</b> .....
<b>hydrocodone-chlorpheniramine</b>	<b>IBRANCE</b> .....	<b>indomethacin</b> .....
.....	<b>IBSRELA</b> .....	<b>INFANRIX (DTAP) (PF)</b> .....
518	<b>Ibu</b> .....	<b>INFASURF</b> .....
<b>hydrocodone-homatropine</b> ...	<b>ibuprofen</b> .....	<b>INFINITY TEST STRIPS</b> ..
518	<b>icatibant</b> .....	<b>INFLECTRA</b> .....
<b>hydrocodone-ibuprofen</b> .....	<b>Iclevia</b> .....	<b>infiximab</b> .....
20, 21	<b>ICLUSIG</b> .....	<b>INFUGEM</b> .....
<b>hydrocortisone</b> ..39, 234, 235, 279,	<b>IDARAN</b> .....	<b>INGREZZA</b> .....
304	<b>idarubicin</b> .....	<b>INGREZZA INITIATION</b>
<b>hydrocortisone acetate</b> .....	<b>IDELVION</b> .....	<b>PK(TARDIV)</b> .....
39	<b>IDHIFA</b> .....	<b>INGREZZA SPRINKLE</b> ...
<b>hydrocortisone butyrate</b> .....	<b>IDOSE TR</b> .....	184, 185
234	<b>IDYYXIATAR</b> .....	<b>INJECT EASE LANCETS</b> ..
<b>hydrocortisone sod succinate</b> 279	<b>IFE-BIMIX 30/1</b> .....	366, 440
<b>hydrocortisone valerate</b> .....	<b>ifosfamide</b> .....	<b>INJECTAFER</b> .....
235	<b>IGALMI</b> .....	257
<b>hydrocortisone-acetic acid</b> ....	<b>IHEALTH COVID-19 AG HOME</b>	<b>INLYTA</b> .....
503	<b>TEST</b> .....	87
<b>hydrocortisone-iodoquinol</b> ....	<b>IHEALTH GLUCOSE TEST</b>	<b>INPEFA</b> .....
226	<b>STRIP</b> .....	262
<b>hydrocortisone-iodoquinol-aloe</b>	<b>IHEEZO (PF)</b> .....	<b>INPEN (FOR HUMALOG) BLUE</b>
.....	<b>ILARIS (PF)</b> .....	.....
223	<b>ILEVRO</b> .....	373, 440
<b>hydrocortisone-pramoxine</b> .....	<b>ILUMYA</b> .....	<b>INPEN (FOR HUMALOG) GREY</b>
39,	<b>ILUVIEN</b> .....	.....
235, 237	<b>imatinib</b> .....	373, 441
<b>Hydromet</b> .....	<b>IMBRUVICA</b> .....	<b>INPEN (FOR HUMALOG) PINK</b>
518	<b>IMCIVREE</b> .....	.....
<b>hydromorphone</b> .....	<b>IMDELLTRA</b> .....	373, 441
16	<b>IMFINZI</b> .....	<b>INPEN (NOVOLOG OR FIASP)</b>
<b>hydromorphone (pf)</b> .....	<b>imipenem-cilastatin</b> .....	<b>BLUE</b> .....
16	56	373, 441
<b>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl</b>	<b>imipramine hcl</b> .....	<b>INPEN (NOVOLOG OR FIASP)</b>
.....	160	<b>GREY</b> .....
16	<b>imipramine pamoate</b> .....	373, 441
<b>hydroquinone</b> .....	160	<b>INPEN (NOVOLOG OR FIASP)</b>
229	<b>imiquimod</b> .....	<b>PINK</b> .....
<b>hydroxocobalamin</b> .....	237	373, 441
261	<b>IMJUDO</b> .....	<b>INQOVI</b> .....
<b>hydroxychloroquine</b> .....	78	94
29, 47	<b>IMPAVIDO</b> .....	<b>INREBIC</b> .....
<b>hydroxyurea</b> .....	48	81
74	<b>IMVEXXY MAINTENANCE</b>	<b>INSPIRACHAMBER</b> .....
<b>hydroxyzine hcl</b> .....	<b>PACK</b> .....	404, 441
146	289	<b>INSPIRACHAMBER WITH</b>
<b>hydroxyzine pamoate</b> .....	<b>IMVEXXY STARTER PACK</b> ....	<b>MASK-LARGE</b> .....
146	289	404, 441
<b>HYFTOR</b> .....		<b>INSPIRACHAMBER WITH</b>
240		<b>MASK-MED</b> .....
<b>HYMOVIS</b> .....		404, 441
346		<b>INSPIRACHAMBER WITH</b>
<b>hyoscyamine sulfate</b> 299, 300, 317		<b>MASK-SMALL</b> .....
<b>HYOSYNE</b> .....		404, 441
300, 317		<b>insulin asp prt-insulin aspart</b> ..
<b>HYPERHEP B</b> .....		284
106		<b>insulin aspart u-100</b> .....
<b>HYPERHEP B NEONATAL</b> .....		286
106		<b>insulin lispro</b> .....
<b>HYPERRHO SID</b> .....		286
106		
<b>HYPERSAL</b> .....		
193		
<b>HYPOCYN ANTIPRURITIC</b> ... 99,		
246		
<b>HYPODERMIC NEEDLES</b> .....		
389,		
440		



*insulin lispro protamin-lispro* 284  
**INTEGRA PRECISIONGLIDE**  
**NEEDLE** ..... 389, 441  
**INTEGRA SYRINGE** ..... 389, 441  
**INTELENCE** ..... 50  
**INTELISWAB COVID-19 HOME TEST** ..... 358, 442  
**INTERLINK SYRINGE AND CANNULA** ..... 389, 442  
**INTRAROSA** ..... 289  
**INVACARE LANCETS** ..... 366, 442  
**INVEGA HAFYERA** ..... 163  
**INVEGA SUSTENNA** ..... 164  
**INVEGA TRINZA** ..... 164  
**INVELTYS** ..... 488  
**INVOKAMET** ..... 268  
**INVOKAMET XR** ..... 268  
**INVOKANA** ..... 270  
**INZDEAXIAVAR** ..... 217  
**IODOFLEX** ..... 99  
**IODOSORB** ..... 99  
**IOPIDINE** ..... 498  
**IPOL** ..... 120  
*ipratropium bromide* ..... 510, 516  
*ipratropium-albuterol* ..... 512  
**IQIRVO** ..... 340  
*irbesartan* ..... 126  
*irbesartan-hydrochlorothiazide* ..... 125  
*irinotecan* ..... 90  
**IRRIGATION SYRINGE** .. 389, 442  
**ISENTRESS** ..... 49, 50  
**ISENTRESS HD** ..... 49  
*Isibloom* ..... 201  
*isoflurane* ..... 38  
*isoniazid* ..... 55  
*isosorbide dinitrate* ..... 126  
*isosorbide mononitrate* ..... 126  
*isosorbide-hydralazine* ..... 145  
*isotretinoin* ..... 214  
*isradipine* ..... 137  
**ISTODAX** ..... 80  
**ISTURISA** ..... 263  
*itraconazole* ..... 46  
**IV PREP WIPES** ..... 98  
*ivabradine* ..... 142  
*ivermectin* ..... 44, 242  
**IWILFIN** ..... 66  
**IXEMpra** ..... 79  
**IXINITY** ..... 324  
**IYUZEH (PF)** ..... 498  
**IZERVAY (PF)** ..... 482, 493

**J**  
*Jaimiess* ..... 197  
**JAKAFI** ..... 81  
*Jantoven* ..... 321  
**JANUMET** ..... 271  
**JANUMET XR** ..... 271  
**JANUVIA** ..... 267  
**JARDIANCE** ..... 270  
*Jasmiel (28)* ..... 201  
**JATENZO** ..... 265  
*Javygtor* ..... 475  
**JAYPIRCA** ..... 77, 87  
**JEMPERLI** ..... 92  
*Jencycla* ..... 207  
**JENTADUETO** ..... 271  
**JENTADUETO XR** ..... 271  
**JESDUVROQ** ..... 319  
**JEVTANA** ..... 89  
*Jinteli* ..... 275  
**JIVI** ..... 326  
**JOENJA** ..... 474  
**JOLESSA** ..... 201  
**JORNAY PM** ..... 172  
*Joyeaux* ..... 201  
*Juleber* ..... 201  
**JULIE** ..... 211, 212  
**JULUCA** ..... 50  
*Junel 1.5/30 (21)* ..... 201  
*Junel 1/20 (21)* ..... 202  
*Junel Fe 1.5/30 (28)* ..... 202  
*Junel Fe 1/20 (28)* ..... 202  
*Junel Fe 24* ..... 202  
**JUST RIGHT 5000** ..... 476  
**JUXTAPID** ..... 135  
**JYLAMVO** ..... 29, 72  
**JYNARQUE** ..... 314  
**K**  
**KADCYLA** ..... 72, 93  
*Kaitlib Fe* ..... 202  
**KALBITOR** ..... 143  
*Kalliga* ..... 202  
**KALYDECO** ..... 514  
**KANJINTI** ..... 95  
**KANUMA** ..... 471  
**KAPSPARGO SPRINKLE** ..... 135  
**KARBINAL ER** ..... 504, 505  
*Kariva (28)* ..... 197  
**KATARAXAP** ..... 230  
**KATARVIA** ..... 230  
**KCENTRA** ..... 323  
*Kelnor 1/35 (28)* ..... 202

*Kelnor 1-50 (28)* ..... 202  
**KEMOPLAT** ..... 85  
**KEPIVANCE** ..... 308  
**KERASTAT** ..... 231  
**KERENDIA** ..... 124  
**KESIMPTA PEN** ..... 479  
*ketoconazole* ..... 45, 225  
**KETODAN KIT** ..... 225  
**KETO-DIASTIX** ..... 408, 442  
**KETONE CARE** ..... 408, 442  
**KETONE URINE TEST** ... 408, 442  
*ketoprofen* ..... 36  
*ketorolac* ..... 35, 490  
**KETOSTIX** ..... 409, 442  
**KEVARAXAP** ..... 230  
**KEVARTIA** ..... 230  
**KEVEYIS** ..... 343  
**KEYZARA** ..... 32  
**KEYTRUDA** ..... 92  
**KHAPZORY** ..... 96, 97  
**KIMMTRAK** ..... 96  
**KIMONO LUBRICATED CONDOMS** ..... 374, 442  
**KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON** ..... 374, 442  
**KIMONO MICROTHIN CONDOMS** ..... 374, 442  
**KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS** ..... 374, 442  
**KIMONO TEXTURED CONDOMS** ..... 374, 442  
**KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS** ..... 374, 442  
**KINERET** ..... 32  
**KINRIX (PF)** ..... 111  
*Kionex (With Sorbitol)* ..... 255  
*Kiprofen* ..... 36  
**KISQALI** ..... 78  
*kit for tc 99m-sod thiosulfate* 251  
**KLARITY (CHONDROITIN) (PF)** ..... 482  
*Klayesta* ..... 223  
**KLISYRI** ..... 226  
**Klor-Con M10** ..... 257  
**Klor-Con M15** ..... 257  
**Klor-Con M20** ..... 257  
**KLOXXADO** ..... 42  
**KOATE** ..... 326  
**KOGENATE FS** ..... 326  
**KORLYM** ..... 268  
**KORSUVA** ..... 15, 17  
**KOSELUGO** ..... 83

<b>KOTARAXAP</b> .....	230	<b>LAYOLIS FE</b> .....	203	<b>LIDTOPIC MAX</b> .....	244
<b>KOVALTRY</b> .....	327	<b>LAZCLUZE</b> .....	68	<b>LIFESHIELD BLUNT CANNULA</b> .....	389, 443
<b>KOVANAZE</b> .....	477	<b>LEENA 28</b> .....	208	<b>LIKMEZ</b> .....	48
<b>K-PHOS NO 2</b> .....	315	<b>leflunomide</b> .....	34	<b>LILETTA</b> .....	196
<b>K-PHOS ORIGINAL</b> .....	315	<b>LEMTRADA</b> .....	479	<b>linezolid</b> .....	63
<b>KRAZATI</b> .....	81	<b>lenalidomide</b> .....	90	<b>LINZESS</b> .....	296, 302
<b>KRINTAFEL</b> .....	47	<b>LENVIMA</b> .....	87	<b>liothyronine</b> .....	291
<b>KRYSTEXXA</b> .....	319	<b>LEQEMBI</b> .....	194	<b>LIQREV</b> .....	145
<b>Kurvelo (28)</b> .....	202	<b>Lessina</b> .....	203	<b>LIQUID E-Z PAQUE</b> .....	247
<b>KUTAR</b> .....	230	<b>letrozole</b> .....	75	<b>LIQUID POLIBAR PLUS</b> .....	247
<b>KUTARVIA</b> .....	230	<b>leucovorin calcium</b> .....	96, 97	<b>liraglutide</b> .....	268
<b>KYLEENA</b> .....	196	<b>LEUKERAN</b> .....	69	<b>lisdexamphetamine</b> .....	172
<b>KYPROLIS</b> .....	86	<b>LEUKINE</b> .....	329	<b>lisinopril</b> .....	123
<b>KYZATREX</b> .....	265	<b>leuprolide</b> .....	82	<b>lisinopril-hydrochlorothiazide</b>	23
<b>L</b>		<b>leuprolide (3 month)</b> .....	82	<b>LITE TOUCH-MEDIUM MASK</b> .....	404, 443
<b>l norgest/e.estradiol-e.estrad</b>	197, 208	<b>levabuterol hcl</b> .....	511	<b>LITEAIRE MDI CHAMBER</b> ...	404, 443
<b>L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)</b> .....	243	<b>levabuterol tartrate</b> .....	511	<b>LITETOUCH-LARGE MASK</b> .	404, 443
<b>L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT- TETRA)</b> .....	243	<b>levamlodipine</b> .....	138	<b>LITETOUCH-SMALL MASK</b> .	404, 443
<b>labetalol</b> .....	124	<b>LEVEMIR U-100 INSULIN</b> .....	285	<b>LITFULO</b> .....	213
<b>LABSTIX REAGENT</b> .....	249, 442	<b>levetiracetam</b> .....	154	<b>lithium carbonate</b> .....	178
<b>lacosamide</b> .....	149	<b>levobunolol</b> .....	492	<b>lithium citrate</b> .....	178
<b>lactated ringers</b> .....	256	<b>levocarnitine</b> .....	253, 473	<b>LITHOSTAT</b> .....	315
<b>lactulose</b> .....	296, 308	<b>levocarnitine (with sugar)</b> .....	473	<b>LIVALO</b> .....	131
<b>LAGEVRIO (EUA)</b> .....	65	<b>levocetirizine</b> .....	506	<b>LIVDELZI</b> .....	340
<b>LAMICTAL XR STARTER (BLUE)</b> .....	153	<b>levofloxacin</b> .....	57, 496	<b>LIVMARLI</b> .....	340
<b>LAMICTAL XR STARTER (GREEN)</b> .....	153	<b>levoleucovorin calcium</b> .....	96, 97	<b>LIVTENCITY</b> .....	57
<b>LAMICTAL XR STARTER (ORANGE)</b> .....	153	<b>Levonest (28)</b> .....	209	<b>L-MESITRAN SOFT</b> .....	246
<b>lamivudine</b> .....	52, 58	<b>levonorgest-eth.estradiol-iron</b>	203	<b>LO LOESTRIN FE</b> .....	197
<b>lamivudine-zidovudine</b> .....	54	<b>levonorgestrel</b> .....	211, 212	<b>Loestrin 1.5/30 (21)</b> .....	203
<b>lamotrigine</b> .....	153, 154, 176, 177	<b>levonorgestrel-ethinyl estrad.</b>	203	<b>Loestrin 1/20 (21)</b> .....	203
<b>LAMPIT</b> .....	47	<b>levonorg-eth estrad triphasic</b>	209	<b>Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day)</b> ...	203
<b>LAMZEDE</b> .....	469	<b>Levora-28</b> .....	203	<b>Loestrin Fe 1/20 (28-Day)</b> .....	203
<b>lancets</b> .....	367, 442	<b>levorphanol tartrate</b> .....	17	<b>lofexidine</b> .....	189
<b>LANCETS, SUPER THIN</b>	367, 442	<b>levothyroxine</b> .....	292	<b>Lojaimiess</b> .....	197
<b>LANCETS, THIN</b> .....	367, 442	<b>LEVULAN</b> .....	241	<b>LOKELMA</b> .....	255
<b>LANCETS, ULTRA THIN</b> .	367, 442	<b>LIBERVANT</b> .....	148, 175	<b>LOMAIRA</b> .....	521
<b>LANOXIN</b> .....	139, 140	<b>LIBTAYO</b> .....	92	<b>LONSURF</b> .....	75
<b>lanreotide</b> .....	290	<b>LICART</b> .....	241	<b>loperamide</b> .....	293
<b>lansoprazole</b> .....	298	<b>LIDO BDK</b> .....	409	<b>lopinavir-ritonavir</b> .....	53
<b>lanthanum</b> .....	313	<b>lidocaine</b> .....	39, 244	<b>LOQTORZI</b> .....	92
<b>lapatinib</b> .....	68	<b>lidocaine hcl</b> .....	38, 243, 244, 478	<b>lorazepam</b> .....	147, 175
<b>Larin 1.5/30 (21)</b> .....	202	<b>lidocaine hcl-hydrocortison ac</b>	40, 237	<b>Lorazepam Intenso</b> l .....	147, 175
<b>Larin 1/20 (21)</b> .....	202	<b>Lidocaine Viscous</b> .....	478	<b>LORBRENA</b> .....	70
<b>Larin 24 Fe</b> .....	202	<b>lidocaine-hydrocortisone-aloe</b>	40	<b>Loryna (28)</b> .....	203
<b>Larin Fe 1.5/30 (28)</b> .....	202	<b>lidocaine-prilocaine</b> .....	240	<b>losartan</b> .....	126
<b>Larin Fe 1/20 (28)</b> .....	202	<b>lidocaine-racepinep-tetracaine</b> .....	244	<b>losartan-hydrochlorothiazide</b>	25
<b>latanoprost</b> .....	498	<b>Lidocan lii</b> .....	244	<b>LOTEMAX</b> .....	488
		<b>Lidocan Iv</b> .....	244	<b>LOTEMAX SM</b> .....	488
		<b>Lidocan V</b> .....	244		
		<b>LIDOPIN</b> .....	244		
		<b>LIDTOPIC</b> .....	244		

*loteprednol etabonate* ..... 488  
**LOTREXONE** ..... 15  
*lovastatin* ..... 132  
**Low-Ogestrel (28)** ..... 203  
*loxapine succinate* ..... 166  
**Lo-Zumandimine (28)** ..... 203  
*lubiprostone* ..... 302, 308  
**LUCENTIS** ..... 494, 499  
**LUCIRA CHECK-IT COVID**  
**HOME TST** ..... 358, 443  
**LUER LOCK SYRINGE** ..... 390, 443  
**LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY**  
..... 390, 443  
**LUER-LOK TIP** ..... 390, 443  
**LUGOLS** ..... 99  
*luliconazole* ..... 225  
**LUMAKRAS** ..... 81  
**LUMIGAN** ..... 498  
**LUMIZYME** ..... 471  
**LUMRYZ** ..... 186  
**LUMRYZ STARTER PACK** ..... 186  
**LUNSUMIO** ..... 67  
**LUPKYNIS** ..... 341  
**LUPRON DEPOT** ..... 82, 288  
**LUPRON DEPOT (3 MONTH)**  
..... 82, 288  
**LUPRON DEPOT (4 MONTH)**  
..... 82  
**LUPRON DEPOT (6 MONTH)**  
..... 82  
**LUPRON DEPOT-PED** ..... 288  
**LUPRON DEPOT-PED (3**  
**MONTH)** ..... 288  
*lurasidone* ..... 163  
**LUTATHERA** ..... 84, 88  
*Lutera (28)* ..... 204  
**LYBALVI** ..... 168, 170, 178  
*Lyleq* ..... 207  
*Lyllana* ..... 277  
**LYNPARZA** ..... 85  
**LYSODREN** ..... 71  
**LYTGOBI** ..... 80  
**LYUMJEV KWIKPEN U-100**  
**INSULIN** ..... 287  
**LYUMJEV KWIKPEN U-200**  
**INSULIN** ..... 287  
**LYUMJEV U-100 INSULIN** ..... 287  
*Lyza* ..... 207  
**M**  
*mafenide acetate* ..... 229

**MAGELLAN SAFETY NEEDLE**  
..... 390, 443  
**MAGELLAN SAFETY SYRINGE**  
..... 390, 443  
**MAGELLAN SYRINGE** ..... 390, 443  
**MAGELLAN TUBERCULIN**  
**SAFETY SYR** ..... 390, 444  
*malathion* ..... 246  
*maraviroc* ..... 48  
**MARGENZA** ..... 95  
*Marlissa (28)* ..... 204  
**MARPLAN** ..... 156  
**MARVONA SUIK (PF)** ..... 39  
**MATULANE** ..... 69  
*Matzim La* ..... 137  
**MAVENCLAD (10 TABLET**  
**PACK)** ..... 481  
**MAVENCLAD (4 TABLET PACK)**  
..... 481  
**MAVENCLAD (5 TABLET PACK)**  
..... 481  
**MAVENCLAD (6 TABLET PACK)**  
..... 481  
**MAVENCLAD (7 TABLET PACK)**  
..... 481  
**MAVENCLAD (8 TABLET PACK)**  
..... 481  
**MAVENCLAD (9 TABLET PACK)**  
..... 481  
**MAVYRET** ..... 59  
**MAXIDEX** ..... 488  
**MAYZENT** ..... 481  
**MAYZENT STARTER(FOR IMG**  
**MAINT)** ..... 481  
**MAYZENT STARTER(FOR 2MG**  
**MAINT)** ..... 482  
**MB HYDROGEL** ..... 231  
*Md-Gastroview* ..... 248  
*meclizine* ..... 294  
*meclofenamate* ..... 34  
*mecobalamin (vitamin b12)* ..... 261  
**MEDISENSE THIN LANCETS**  
..... 367, 444  
**MEDLANCE PLUS LANCETS**  
..... 367, 444  
**MEDLANCE PLUS SPECIAL**  
**BLADE** ..... 367, 444  
**MEDROL** ..... 279  
**MEDROLOAN II SUIK** ..... 279  
**MEDROLOAN SUIK** ..... 279  
*medroxyprogesterone* ..... 196, 290  
*mefenamic acid* ..... 35

*mefloquine* ..... 47  
*megestrol* ..... 86, 522  
**MEKINIST** ..... 83  
**MEKTOVI** ..... 83  
*meloxicam* ..... 35  
*melphalan hcl* ..... 69  
*memantine* ..... 195  
**MENEST** ..... 277  
**MENOPUR** ..... 277  
**MENOSTAR** ..... 277  
**MENQUADFI (PF)** ..... 113  
**MENTAX** ..... 224  
**MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)**  
..... 113  
*meperidine* ..... 17  
*meperidine (pf)* ..... 17  
*meprobamate* ..... 147  
**MEPSEVII** ..... 471  
*mercaptapurine* ..... 73  
*Merzee* ..... 204  
*mesalamine* ..... 303  
*mesalamine with cleansing wipe*  
..... 304  
**MESNEX** ..... 97  
*Metadate Er* ..... 172  
*metaxalone* ..... 347  
*metformin* ..... 287  
*methacholine chloride* ..... 251  
*methadone* ..... 17  
*Methadone Intensol* ..... 17  
*Methadose* ..... 17  
*methamphetamine* ..... 172, 180  
*methazolamide* ..... 140  
*methenamine hippurate* .. 62, 315  
*methenamine mandelate* .62, 315  
*methen-sod phos-meth blue-*  
*hyos* ..... 62, 316  
*methimazole* ..... 272  
**METHITEST** ..... 265  
*methocarbamol* ..... 347  
*methotrexate sodium* ..... 29, 72  
*methotrexate sodium (pf)* ..29, 72  
*methoxsalen* ..... 227  
*methscopolamine* ..... 300  
*methsuximide* ..... 154  
*methyl dopa* ..... 139  
*methyl dopa-hydrochlorothiazide*  
..... 139  
*methylgonovine* ..... 289  
*methylphenidate* ..... 173  
*methylphenidate hcl* ..... 172, 173,  
186

<i>methylprednisolone</i> .....	279	<b>MIRENA</b> .....	196	<b>MONOJECT HYPODERMIC</b>	
<i>methyltestosterone</i> .....	265	<b>MIRO3D</b> .....	245	<b>NEEDLES</b> .....	391, 446
<i>metoclopramide hcl</i> .....	299	<b>MIRODERM FENESTRATED</b>	246	<b>MONOJECT HYPODERMIC</b>	
<i>metolazone</i> .....	141	<b>MIRODERM FENESTRATED</b>		<b>POLYPROPYL</b> .....	392, 447
<b>METOPIRONE</b> .....	250	<b>PLUS</b> .....	245	<b>MONOJECT LUER-LOCK TIP</b>	
<i>metoprolol succinate</i> .....	135	<b>MIROTRACT</b> .....	246	.....	392, 447
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>		<i>mirtazapine</i> .....	156	<b>MONOJECT MAGELLAN</b>	
.....	138	<i>misoprostol</i> .....	299	<b>SYRINGE</b> .....	392, 447
<i>metoprolol tartrate</i> .....	135	<i>mitomycin</i> .....	91, 92	<b>MONOJECT MEDICATION</b>	
<i>metronidazole</i> .....	48, 242, 519	<i>mitomycin (pf) in water</i> .....	487	<b>TRANSF NDL</b> .....	392, 447
<i>metirosine</i> .....	143	<b>MITOSOL</b> .....	487	<b>MONOJECT PHARMACY TRAY</b>	
<i>mexiletine</i> .....	127	<i>mitoxantrone</i> .....	91	<b>LUER</b> .....	392, 393, 447, 448
<i>Mibelas 24 Fe</i> .....	204	<b>MKO (MIDAZOLAM-</b>		<b>MONOJECT PHARMACY TRAY</b>	
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet</i>		<b>KETAMINE-ONDAN)</b> .....	38	<b>REG TIP</b> .....	393, 448
.....	225	<b>M-M-R II (PF)</b> ...107, 119, 120, 121		<b>MONOJECT REG TIP NON-</b>	
<b>MICONAZOLE-3</b> .....	519	<b>MOBILE LANCETS</b> .....	367, 444	<b>STERILE</b> .....	393, 448
<b>MICRHOGAM ULTRA-</b>		<i>modafinil</i> .....	186	<b>MONOJECT REGULAR LUER</b>	
<b>FILTERED PLUS</b> .....	106	<b>MODERNA COVID 24-25(6M-</b>		.....	393, 448
<b>MICRO BLOOD GLUCOSE</b> .354,		<b>II Y)PF</b> .....	116	<b>MONOJECT SAFETY LUER</b>	
444		<i>moexipril</i> .....	123	<b>LOCK TIP</b> .....	393, 448
<b>MICRO THIN LANCETS</b> 367, 444		<i>molindone</i> .....	166	<b>MONOJECT SAFETY SYRINGES</b>	
<b>MICROCHAMBER</b> .....	404, 444	<i>mometasone</i> .....	235, 516	.....	393, 394, 448, 449
<b>MICRODOT BLOOD GLUCOSE</b>		<i>Mondoxyne NI</i> .....	65	<b>MONOJECT SMARTIP</b>	
<b>SYSTEM</b> .....	354, 444	<b>MONJUVI</b> .....	77	<b>CANNULA</b> .....	394, 449
<b>MICRODOT LANCET</b> .....	367, 444	<b>MONOJECT 140CC PISTON</b>		<b>MONOJECT SYRINGE</b> ..	394, 395,
<b>MICRODOT XTRA BLOOD</b>		<b>SYRINGE</b> .....	390, 444	449, 450	
<b>GLUCOSE</b> .....	354, 444	<b>MONOJECT 35CC SYRINGE</b>		<b>MONOJECT SYRINGE</b>	
<i>Microgestin 1.5/30 (21)</i> .....	204	<b>CATH TIP</b> .....	390, 444	<b>ECCENTRI LUER</b> .....	394, 449
<i>Microgestin 1/20 (21)</i> .....	204	<b>MONOJECT 3CC SYR 25GX1</b>		<b>MONOJECT SYRINGE LUER</b>	
<i>Microgestin Fe 1.5/30 (28)</i> .....	204	.....	390, 444	<b>LOK</b> .....	394, 449
<i>Microgestin Fe 1/20 (28)</i> .....	204	<b>MONOJECT ALLERGY TRAY</b>		<b>MONOJECT SYRINGE</b>	
<b>MICROLET LANCET</b> .....	367, 444	.....	390, 445	<b>REGULAR LUER</b> .....	394, 449
<i>microplegic solution no. 1</i> .....	499	<b>MONOJECT ALLERGY TRAY</b>		<b>MONOJECT SYRINGE</b>	
<i>microplegic solution no. 1-cp2d</i>		<b>DETACH</b> .....	390, 445	<b>TOOMEY TYPE</b> .....	395, 450
.....	499	<b>MONOJECT BLOOD</b>		<b>MONOJECT TB</b> .....	395, 450
<b>MICROSPACER</b> .....	405, 444	<b>COLLECTION</b> .....	349, 445	<b>MONOJECT TB LUER LOK</b> .395,	450
<i>midazolam</i> .....	38, 175, 188	<b>MONOJECT CONTROL</b>		450	
<i>midazolam (pf)</i> .....	38, 175	<b>SYRINGE LUER</b> .....	391, 445	<b>MONOJECT TB REGULAR</b>	
<i>midodrine</i> .....	139	<b>MONOJECT DISPOSABLE</b>		<b>LUER TIP</b> .....	395, 450
<b>MIEBO (PF)</b> .....	482	<b>SYRINGE</b> .....	391, 445	<b>MONOJECT TB SAFETY</b>	
<b>MIFEPREX</b> .....	263	<b>MONOJECT ECCENTRIC</b>		<b>SYRINGE</b> .....	395, 450
<i>mifepristone</i> .....	263, 268	<b>NON-STERILE</b> .....	391, 445	<b>MONOJECT TUBERCULIN</b>	
<i>miglitol</i> .....	266	<b>MONOJECT ENFIT STERILE</b>		<b>SYRINGE</b> .....	395, 396, 450, 451
<i>miglustat</i> .....	473	<b>SYRINGE</b> .....	360, 445	<b>MONOLET LANCETS</b> ....	367, 451
<i>Mili</i> .....	204	<b>MONOJECT ENFIT SYRINGE</b>		<b>MONOLET THIN LANCETS</b> 367,	451
<i>Mimvey</i> .....	275	.....	360, 446	451	
<b>MINIMED 630G INSULIN</b>		<b>MONOJECT ENFIT SYRINGE</b>		<i>Mono-Linyah</i> .....	204
<b>PUMP</b> .....	408, 444	<b>CAP</b> .....	360, 446	<b>MONOVISC</b> .....	346
<b>MINIMED 780G INSULIN</b>		<b>MONOJECT FILTER</b>		<b>MONSEL'S</b> .....	331
<b>PUMP</b> .....	408, 444	<b>ASPIRATOR</b> .....	391, 446	<i>montelukast</i> .....	509
<i>minocycline</i> .....	33, 65	<b>MONOJECT FILTER NEEDLE</b>		<i>morphine</i> .....	17, 18
<i>minoxidil</i> .....	140	.....	391, 446	<i>morphine (pf)</i> .....	17
<b>MIPLYFFA</b> .....	472			<i>morphine concentrate</i> .....	17

<i>morphine in 0.9 % sodium chlor</i>	<i>nabumetone</i> .....	<b>NEUPOGEN</b> .....
..... 17	35	328
<b>MOTEGRITY</b> .....	<i>nadolol</i> .....	<b>NEUPRO</b> .....
299	136	162
<b>MOTPOLY XR</b> .....	<i>naftifine</i> .....	<b>NEURAPTINE</b> .....
150	223	240
<b>MOUNJARO</b> .....	<b>NAGLAZYME</b> .....	<b>NEUTEK 2TEK TEST STRIPS</b>
267	471	.....
<b>MOVANTIK</b> .....	<i>nalbuphine</i> .....	354, 451
42	22	<b>NEVANAC</b> .....
<b>MOXATAG</b> .....	<i>naloxone</i> .....	490
43	42	<i>nevirapine</i> .....
<i>moxifloxacin</i> .....	<b>NALTREX</b> .....	50, 51
57, 496	15	<b>NEW DAY</b> .....
<b>MULPLETA</b> .....	<i>naltrexone</i> .....	212, 213
339	190	<b>NEXA PLUS</b> .....
<b>MULTAQ</b> .....	<b>NAMENDA XR</b> .....	259
128	195	<b>NEXAVIR</b> .....
<b>MULTI-DRAW NEEDLE</b> .....	<b>NAMZARIC</b> .....	239
349, 451	195	<b>NEXIUM PACKET</b> .....
<b>MULTISTIX</b> .....	<i>naproxen</i> .....	298
250, 451	36	<b>NEXLETOL</b> .....
<b>MULTISTIX 10 SG</b> .....	<i>naproxen sodium</i> .....	128
249, 451	36	<b>NEXLIZET</b> .....
<b>MULTISTIX 5</b> .....	<i>naratriptan</i> .....	134
249, 451	183	<b>NEXOBRID</b> .....
<b>MULTISTIX 7</b> .....	<b>NATACYN</b> .....	229
249, 451	497	<b>NEXOBRID POWDER</b>
<b>MULTISTIX 8 SG</b> .....	<b>NATAZIA</b> .....	<b>COMPONENT</b> .....
250, 451	208	229
<b>MULTISTIX 9</b> .....	<i>nateglinide</i> .....	<b>NEXPLANON</b> .....
250, 451	268	195
<b>MULTISTIX 9 SG</b> .....	<b>NATESTO</b> .....	<b>NEXTSTELLIS</b> .....
250, 451	265	204
<i>mupirocin</i> .....	<b>NAYZILAM</b> .....	<b>NEXVIAZYME</b> .....
222	148, 175	472
<i>mupirocin calcium</i> .....	<i>nebivolol</i> .....	<b>NGENLA</b> .....
222	135	281
<b>MUSCUSOLICE</b> .....	<b>NEBUSAL</b> .....	<i>niacin</i> .....
240	193	133
<i>Mutamycin</i> .....	<b>Necon 0.5/35 (28)</b> .....	<b>Niacor</b> .....
92	204	133
<b>MVASI</b> .....	<i>needle (disp) 16 g</i> .....	<i>nicardipine</i> .....
67	396, 451	138
<b>MY CHOICE</b> .....	<i>needle (disp) 18 g</i> .....	<i>nicotine</i> .....
211, 212	396, 451	191
<b>MY WAY</b> .....	<i>needle (disp) 19 g</i> .....	<i>nicotine (polacrilex)</i> .....
211, 212	396, 451	191
<b>MYALEPT</b> .....	<i>needle (disp) 23 gauge</i> .....	<b>NICOTROL NS</b> .....
287	396, 451	192
<b>MYCAPSSA</b> .....	<i>needles, huber disposable</i> .....	<i>nifedipine</i> .....
290	396, 451	138
<i>mycophenolate mofetil</i> .....	<i>nefazodone</i> .....	<b>Nikki (28)</b> .....
31, 32, 341	157	204
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .....	<b>NEFFY</b> .....	<i>nilutamide</i> .....
31, 341	139	71
<i>mycophenolate sodium</i> .....	<i>nelarabine</i> .....	<i>nimodipine</i> .....
342	73	137
<b>MYDCOMBI</b> .....	<b>NEMLUVIO</b> .....	<b>NINLARO</b> .....
483	213	86
<b>MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)</b> .....	<b>NENDRUX</b> .....	<b>NIPENT</b> .....
494	238	73
<b>MYFEMBREE</b> .....	<i>neomycin</i> .....	<i>nisoldipine</i> .....
288	43	138
<b>MYGLUCOHEALTH</b> .....	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> .....	<i>nitazoxanide</i> .....
354, 451	485	48
<b>MYGLUCOHEALTH LANCETS</b>	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	<i>nitisinone</i> .....
.....	.....	473
367, 451	.....	<b>Nitro-Bid</b> .....
<b>MYHIBBIN</b> .....	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> .....	126
342	312	<b>NITRO-DUR</b> .....
<b>MYLERAN</b> .....	<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> .....	126
69	485	<i>nitrofurantoin</i> .....
<b>MYLOTARG</b> .....	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	45, 316
72, 93	.....	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....
<b>MYNATAL</b> .....	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	45, 316
259	485, 502	<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst</i>
<b>MYNATAL ADVANCE</b> .....	<b>Neo-Polycin</b> .....	.....
259	495	45, 316
<b>MYNATE 90 PLUS</b> .....	<b>Neo-Polycin Hc</b> .....	<i>nitroglycerin</i> .....
259	485	39, 126
<b>MYOBLOC</b> .....	<b>NEORAL</b> .....	126
347	32, 341	<b>NITYR</b> .....
<b>MYRBETRIQ</b> .....	<b>NEO-SYNALAR</b> .....	473
313	223	<b>NIVESTYM</b> .....
<b>MYTESI</b> .....	<b>NEO-SYNALAR KIT</b> .....	328
293	223	<i>nizatidine</i> .....
<b>MYXREDLIN</b> .....	<b>NERLYNX</b> .....	297
284	68	<b>NOCDURNA (MEN)</b> .....
<b>N</b>	<i>Neuac</i> .....	266
<b>NABI-HB</b> .....	<b>NEULASTA</b> .....	266
106	328	<b>NOCDURNA (WOMEN)</b> .....
	<b>NEULASTA ONPRO</b> .....	266
	328	<b>NOKOR NEEDLE</b> .....
	<b>NEULUMEX</b> .....	396, 452
	247	<b>NORA-BE</b> .....
		207
		<b>NORDITROPIN FLEXPOR</b> .....
		281

<b>norelgestromin-ethin.estradiol</b> .....	<b>NUCYN TA</b> .....	<b>OHC COVID-19 ANTIGEN</b> <b>HOME TEST</b> .....
210	18	358, 452
<b>noreth-ethinyl estradiol-iron</b> .205	<b>NUCYN TA ER</b> .....	<b>OHTUVAYRE</b> .....
	18	503
<b>norethindrone (contraceptive)</b> .....	<b>NUDEX TA</b> .....	<b>OJEMDA</b> .....
207	187	76
<b>norethindrone acetate</b> .....	<b>NUJO</b> .....	<b>OJJAARA</b> .....
290	229	66
<b>norethindrone ac-eth estradiol</b> .....	<b>NULIBRY</b> .....	<b>olanzapine</b> .....
205, 275	471	168, 178
<b>norethindrone-e.estradiol-iron</b> .....	<b>NULOJIX</b> .....	<b>olanzapine-fluoxetine</b> ....
205, 209	342	159, 168, 178
<b>norgestimate-ethinyl estradiol</b> .....	<b>NUMBONEX</b> .....	<b>olmesartan</b> .....
205, 209	244	126
<b>NORMAL SALINE FLUSH</b> .....	<b>NUMBRINO</b> .....	<b>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd</b> .....
260	516	124
<b>NORM-JECT</b> .....	<b>NUMOISYN</b> .....	<b>olmesartan-hydrochlorothiazide</b> .....
396, 452	15, 477	125
<b>NORM-JECT TUBERKULIN</b> .396, 452	<b>NUPLAZID</b> .....	<b>olopatadine</b> .....
	168	487, 516
<b>NORMLGEL AG</b> .....	<b>NURTEC ODT</b> .....	<b>OLPRUYA</b> .....
222	182	474
<b>NORPACE CR</b> .....	<b>NUTROPIN A Q NUSPIN</b> .....	<b>OLUMIANT</b> .....
127	281	33, 213
<b>Nortrel 0.5/35 (28)</b> .....	<b>NUVARING</b> .....	<b>OMECLAMOX-PAK</b> .....
205	211	301
<b>NORTREL 1/35 (21)</b> .....	<b>NUVESSA</b> .....	<b>omega-3 acid ethyl esters</b> .....
205	519	133
<b>Nortrel 1/35 (28)</b> .....	<b>NUWIQ</b> .....	<b>omeprazole</b> .....
205	327	298
<b>Nortrel 7/7/7 (28)</b> .....	<b>NUZYRA</b> .....	<b>omeprazole-sodium bicarbonate</b> .....
209	43, 66	299
<b>nortriptyline</b> .....	<b>Nyamyc</b> .....	<b>OMEZA</b> .....
160	223	246
<b>NORVIR</b> .....	<b>Nylia 1/35 (28)</b> .....	<b>OMNARIS</b> .....
64	205	517
<b>NO-STICK GLUCOSE</b> .....	<b>Nylia 7/7/7 (28)</b> .....	<b>OMNIFLEX DIAPHRAGM</b> .....
408, 452	209	359, 452
<b>NOURIANZ</b> .....	<b>NYMALIZE</b> .....	<b>OMNIPAQUE</b> .....
161	137	248
<b>NOVA MAX GLUCOSE TEST</b> .....	<b>NYNUTEY</b> .....	<b>OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO</b> <b>KT(GEN5)</b> .....
354, 452	244	406, 452
<b>NOVA SAFETY LANCETS</b> .....	<b>nystatin</b> .....	<b>OMNIPOD 5 G6-G7 PODS</b> <b>(GEN 5)</b> .....
367, 452	45, 223, 224, 477	406, 452
<b>NOVA SUREFLEX LANCETS</b> 367, 452	<b>nystatin-triamcinolone</b> .....	<b>OMNIPOD CLASSIC PODS</b> <b>(GEN 3)</b> .....
	226	407, 452
<b>NOVAREL</b> .....	<b>Nystop</b> .....	<b>OMNIPOD DASH INTRO KIT</b> <b>(GEN 4)</b> .....
282	224	407, 452
<b>NOVAVAX COVID 2024-</b> <b>25(PF)(EUA)</b> .....	<b>NYVEPRIA</b> .....	<b>OMNIPOD DASH PDM KIT</b> <b>(GEN 4)</b> .....
116	329	373, 453
<b>NOVOEIGHT</b> .....	<b>O</b>	<b>OMNIPOD DASH PODS (GEN</b> <b>4)</b> .....
327		407, 453
<b>NOVOLIN 70/30 U-100</b> <b>INSULIN</b> .....	<b>OBAGI ELASTIDERM</b> .....	<b>OMNIPOD GO PODS</b> ....
282	229	408, 453
<b>NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-</b> <b>100</b> .....	<b>OBAGI NU-DERM BLENDER</b> .....	<b>OMNIPOD GO PODS 10</b> <b>UNITS/DAY</b> .....
283	230	407, 453
<b>NOVOLIN N FLEXPEN</b> .....	<b>OBAGI NU-DERM CLEAR</b> .....	<b>OMNIPOD GO PODS 15</b> <b>UNITS/DAY</b> .....
283	230	407, 453
<b>NOVOLIN N NPH U-100</b> <b>INSULIN</b> .....	<b>OBAGI NU-DERM SUNFADER</b> .....	<b>OMNIPOD GO PODS 20</b> <b>UNITS/DAY</b> .....
283	230	407, 453
<b>NOVOLIN R FLEXPEN</b> .....	<b>OBAGI-C CLARIFYING SERUM</b> .....	<b>OMNIPOD GO PODS 25</b> <b>UNITS/DAY</b> .....
284	230	407, 453
<b>NOVOLIN R REGULAR U100</b> <b>INSULIN</b> .....	<b>OBAGI-C THERAPY NIGHT</b> .230	<b>OMNIPOD GO PODS 30</b> <b>UNITS/DAY</b> .....
284	230	407, 453
<b>NOVOSEVEN RT</b> .....	<b>OBIZUR</b> .....	<b>OMNIPOD GO PODS 40</b> <b>UNITS/DAY</b> .....
324	327	407, 453
<b>NOXFIL</b> .....	<b>OBSTETRIX DHA</b> .....	<b>OMNITROPE</b> .....
46	259	281
<b>NP THYROID</b> .....	<b>OBSTETRIX EC</b> .....	<b>OMVOH</b> .....
291	259	303
<b>NPLATE</b> .....	<b>OBSTETRIX ONE</b> .....	
339	258, 259	
<b>NUBEQA</b> .....	<b>OCALIVA</b> .....	
71	340	
<b>NUCALA</b> .....	<b>OCELLA</b> .....	
508	205	
<b>NUCORT</b> .....	<b>OCREVUS</b> .....	
236	479	
	<b>OCREVUS ZUNOVO</b> .....	
	479	
	<b>OCTAGAM</b> .....	
	105	
	<b>octreotide acetate</b> .....	
	290, 311	
	<b>octreotide,microspheres</b> .291, 311	
	291, 311	
	<b>ODACTRA</b> .....	
	100	
	<b>ODEFSEY</b> .....	
	55	
	<b>ODOMZO</b> .....	
	80	
	<b>OFEV</b> .....	
	87, 519	
	<b>ofloxacin</b> .....	
	58, 496, 503	
	<b>OGIVRI</b> .....	
	95	
	<b>OGSIVEO</b> .....	
	66	

<b>OMVOH PEN</b> .....	303	<b>ORACIT</b> .....	315	<b>oxybutynin chloride</b> .....	318
<b>ON CALL EXPRESS TEST STRIP</b> .....	355, 453	<b>ORALAIR</b> .....	100	<b>oxycodone</b> .....	18
<b>ON CALL LANCET</b> .....	367, 453	<b>Oralone</b> .....	478	<b>oxycodone-acetaminophen</b> .....	21
<b>ONCASPAR</b> .....	76	<b>ORAMAGICRX</b> .....	478	<b>OXYCONTIN</b> .....	18
<b>ondansetron</b> .....	295	<b>ORAQIX</b> .....	477	<b>oxymorphone</b> .....	18, 19
<b>ondansetron hcl</b> .....	295	<b>ORAVIG</b> .....	45	<b>OXYTROL</b> .....	318
<b>ONETOUCH DELICA PLUS</b> <b>LANCET</b> .....	367, 454	<b>ORENCIA</b> .....	30	<b>OZEMPIC</b> .....	268
<b>ONETOUCH DELICA SAFETY</b> <b>LANCET</b> .....	367, 454	<b>ORENCIA (WITH MALTOSE)</b>	30	<b>OZURDEX</b> .....	488
<b>ONETOUCH ULTRA TEST</b> ..	355, 454	<b>ORENCIA CLICKJECT</b> .....	30	<b>P</b>	
<b>ONETOUCH ULTRASOFT 2</b> <b>LANCET</b> .....	367, 454	<b>ORENITRAM</b> .....	144	<b>Pacerone</b> .....	128
<b>ONETOUCH VERIO TEST</b> <b>STRIPS</b> .....	355, 454	<b>ORENITRAM MONTH 1</b> <b>TITRATION KT</b> .....	143	<b>paclitaxel</b> .....	90
<b>ONGENTYS</b> .....	161	<b>ORENITRAM MONTH 2</b> <b>TITRATION KT</b> .....	144	<b>paclitaxel protein-bound</b> .....	90
<b>ON-GO COVID-19 AG AT</b> <b>HOME TEST</b> .....	358, 454	<b>ORENITRAM MONTH 3</b> <b>TITRATION KT</b> .....	144	<b>PACNEX HP</b> .....	217
<b>ONIVYDE</b> .....	90	<b>ORFADIN</b> .....	473	<b>PACNEX LP</b> .....	217
<b>ONPATTRO</b> .....	265	<b>ORGOVYX</b> .....	82	<b>PADCEV</b> .....	72, 94
<b>ON-THE-GO LANCETS</b> .....	367, 454	<b>ORIAHNN</b> .....	288	<b>PALFORZIA (LEVEL 1)</b> .....	109
<b>ONTRUZANT</b> .....	96	<b>ORILISSA</b> .....	289	<b>PALFORZIA (LEVEL 2)</b> .....	109
<b>ONUREG</b> .....	74	<b>ORKAMBI</b> .....	515	<b>PALFORZIA (LEVEL 3)</b> .....	109
<b>ONYDA XR</b> .....	170	<b>ORLADEYO</b> .....	143	<b>PALFORZIA (LEVEL 4)</b> .....	109
<b>ONZDEAXIADEMTAR</b> .....	217	<b>orlistat</b> .....	521	<b>PALFORZIA (LEVEL 5)</b> .....	109
<b>ONZDEAXIADEMVAR</b> .....	217	<b>Ormalvi</b> .....	343	<b>PALFORZIA (LEVEL 6)</b> .....	109
<b>ONZDEAXIAZAR</b> .....	217	<b>orphenadrine citrate</b> .....	347	<b>PALFORZIA (LEVEL 7)</b> .....	109
<b>OPCICON ONE-STEP</b> .....	212, 213	<b>orphenadrine-asa-caffeine</b> .....	347	<b>PALFORZIA (LEVEL 8)</b> .....	109
<b>OPDIVO</b> .....	93	<b>ORSERDU</b> .....	88	<b>PALFORZIA (LEVEL 9)</b> .....	109
<b>OPDUALAG</b> .....	75	<b>ORTHO MICRONOR</b> .....	208	<b>PALFORZIA (LEVEL 10)</b> .....	109
<b>OPFOLDA</b> .....	472	<b>ORTHO TRI-CYCLEN (28)</b> .....	209	<b>PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE)</b> .....	110
<b>OPILL</b> .....	207	<b>ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)</b> .....	209	<b>PALFORZIA INITIAL DOSE</b> ..	110
<b>opium tincture</b> .....	293, 294	<b>ORTHOVISC</b> .....	346	<b>PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE</b> .....	110
<b>OPSUMIT</b> .....	145	<b>OSCIMIN</b> .....	300, 317	<b>paliperidone</b> .....	164
<b>OPSYNVI</b> .....	122	<b>OSCIMIN SL</b> .....	300, 317	<b>PALYNZIQ</b> .....	475
<b>OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE</b> .....	405, 454	<b>oseltamivir</b> .....	60	<b>PANCREAZE</b> .....	296
<b>OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK</b> .....	405, 454	<b>OSPHERA</b> .....	289	<b>PANDEL</b> .....	235
<b>OPTICHAMBER DIAMOND VHC</b> .....	405, 454	<b>OTEZLA</b> .....	34, 228	<b>PANHEMATIN</b> .....	321
<b>OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK</b> .....	405, 454	<b>OTEZLA STARTER</b> .....	34, 228	<b>PANRETIN</b> .....	227
<b>OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK</b> .....	405, 454	<b>OTREXUP (PF)</b> .....	29	<b>pantoprazole</b> .....	298
<b>OPTION-2</b> .....	212, 213	<b>OVACE PLUS</b> .....	228	<b>PANZYGA</b> .....	105
<b>OPTIUM EZ</b> .....	355, 454	<b>OVACE PLUS SHAMPOO</b> .....	228	<b>papaverine</b> .....	143
<b>OPTIUM TEST</b> .....	355, 454	<b>OVIDREL</b> .....	282	<b>PARAGARD T 380A</b> .....	196
<b>OPVEE</b> .....	42	<b>oxaliplatin</b> .....	85	<b>paricalcitol</b> .....	472
<b>OPZELURA</b> .....	221	<b>oxaprozin</b> .....	36	<b>paromomycin</b> .....	43
		<b>oxazepam</b> .....	147, 175	<b>paroxetine hcl</b> .....	157
		<b>oxcarbazepine</b> .....	152	<b>paroxetine mesylate(menop.sym)</b> .....	289
		<b>OXERVATE</b> .....	492	<b>PARSABIV</b> .....	274
		<b>OXIAICE</b> .....	215	<b>PASER</b> .....	55
		<b>OXIAVAR</b> .....	218	<b>PAXLOVID</b> .....	64
		<b>OXIAVARY</b> .....	218	<b>pazopanib</b> .....	87
		<b>oxiconazole</b> .....	225	<b>PEDIARIX (PF)</b> .....	102, 111
		<b>OXISTAT</b> .....	225	<b>PEDMARK</b> .....	97
		<b>OXLUMO</b> .....	313		

<b>PEDVAX HIB (PF)</b> .....	113	<b>phenytoin</b> .....	151	<b>POMBILITI</b> .....	472
<b>peg 3350-electrolytes</b> .....	309	<b>phenytoin sodium extended</b> ..	151	<b>PONVORY</b> .....	482
<b>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</b> .....	309	<b>PHESGO</b> .....	96	<b>PONVORY 14-DAY STARTER</b> <b>PACK</b> .....	482
<b>PEGASYS</b> .....	59	<b>PHEXXI</b> .....	195	<b>Portia 28</b> .....	205
<b>peg-electrolyte soln</b> .....	309	<b>Philith</b> .....	205	<b>PORTRAZZA</b> .....	95
<b>PEMAZYRE</b> .....	80	<b>PHOSPHOLINE IODIDE</b> .....	483	<b>posaconazole</b> .....	46
<b>pemetrexed</b> .....	73	<b>PHOTREXA</b> .....	484	<b>potassium chloride</b> .....	257
<b>pemetrexed disodium</b> .....	72, 73	<b>PHOTREXA CROSS-LINKING</b> <b>KIT</b> .....	484	<b>potassium citrate</b> .....	315
<b>PEMFEXY</b> .....	73	<b>PHOTREXA VISCOUS</b> .....	484	<b>potassium iodide</b> .....	256
<b>PEMGARDA (EUA)</b> .....	101	<b>PHYSIOLYTE</b> .....	256	<b>POTELIGEO</b> .....	77
<b>PEMRYDI RTU</b> .....	73	<b>PHYSIOSOL IRRIGATION</b> .....	256	<b>povidone-iodine</b> .....	497
<b>PENBRAYA (PF)</b> .....	114	<b>phytonadione (vitamin k1)</b> .....	262	<b>PR BENZOYL PEROXIDE</b> .....	217
<b>penicillamine</b> .....	33, 41	<b>PIASKY</b> .....	320, 337	<b>PR CREAM</b> .....	241
<b>penicillin v potassium</b> .....	63	<b>PIFELTRO</b> .....	51	<b>PRADAXA</b> .....	338
<b>PENTACEL (PF)</b> .....	111	<b>pilocarpine hcl</b> .....	478, 483	<b>PRAKETAMIDE</b> .....	244
<b>pentamidine</b> .....	62	<b>PILOT COVID-19 AT-HOME</b> <b>TEST</b> .....	359, 455	<b>pralatrexate</b> .....	73
<b>PENTASA</b> .....	304	<b>pimecrolimus</b> .....	229	<b>pralidoxime</b> .....	40
<b>pentazocine-naloxone</b> .....	22	<b>pimozide</b> .....	166	<b>PRALUENT PEN</b> .....	133, 134
<b>pentoxifylline</b> .....	329	<b>Pimtrea (28)</b> .....	198	<b>pramipexole</b> .....	162
<b>Percocet</b> .....	21	<b>pindolol</b> .....	135	<b>PRAMOSONE</b> .....	237
<b>PERFECT POINT SAFETY</b> <b>LANCETS</b> .....	367, 454	<b>pioglitazone</b> .....	287	<b>prasugrel</b> .....	337
<b>PERFECT POINT SAFETY</b> <b>NEEDLE</b> .....	396, 454	<b>pioglitazone-glimepiride</b> .....	270	<b>pravastatin</b> .....	132
<b>perindopril erbumine</b> .....	123	<b>pioglitazone-metformin</b> .....	270	<b>praziquantel</b> .....	44
<b>Periogard</b> .....	477	<b>PIP BLOOD GLUCOSE TEST</b> <b>STRIP</b> .....	355, 455	<b>prazosin</b> .....	142
<b>PERJETA</b> .....	95	<b>PIP LANCET</b> .....	368, 455	<b>PRECISION PCX PLUS TEST</b> .....	355, 455
<b>permethrin</b> .....	246	<b>PIQRAY</b> .....	85	<b>PRECISION PCX TEST</b> ... 355, 455	
<b>perphenazine</b> .....	167	<b>pirfenidone</b> .....	518, 519	<b>PRECISION POINT OF CARE</b> <b>TEST</b> .....	355, 455
<b>perphenazine-amitriptyline</b> ..	159	<b>piroxicam</b> .....	35	<b>PRECISION Q-I-D TEST</b> 355, 455	
<b>PERSERIS</b> .....	164	<b>PISTON SYRINGE WITH ENFIT</b> .....	360, 455	<b>PRECISION XTRA TEST</b> 355, 456	
<b>PERTZYE</b> .....	297	<b>PLAN B ONE-STEP</b> .....	212, 213	<b>PRED MILD</b> .....	488
<b>PFIZER COVID 2024-25(5Y-</b> <b>11Y)PF</b> .....	116	<b>PLATINUM TEST STRIP</b> 355, 455		<b>PRED-G S.O.P.</b> .....	485
<b>PFIZER COVID 2024-25(6MO-</b> <b>4Y)PF</b> .....	116	<b>PLEGRIDY</b> .....	480	<b>prednicarbate</b> .....	235
<b>PFLEX INSPIRATORY TRAINER</b> .....	405, 455	<b>PLENITY</b> .....	521	<b>prednisoln sp-moxiflox-bromfen</b> .....	486
<b>PHARMACIST CHOICE</b> 355, 455		<b>PLENITY (WELCOME KIT)</b> ... 521		<b>prednisolone</b> .....	279
<b>PHASEAL PROTECTOR</b> 401, 455		<b>PLENVU</b> .....	309	<b>prednisolone acetate</b> .....	488
<b>PHEBURANE</b> .....	474	<b>plerixafor</b> .....	322	<b>prednisolone acetate (pf)</b> .....	488
<b>PHEDRAX</b> .....	224	<b>PLUVICTO</b> .....	84, 88	<b>prednisolone acetate-bromfenac</b> .....	491
<b>phenazopyridine</b> .....	315	<b>PNEUMOVAX-23</b> .....	114	<b>prednisolone acetate-nepafenac</b> .....	492
<b>phendimetrazine tartrate</b> .....	521	<b>PNV-DHA + DOCUSATE</b> .....	260	<b>prednisolone sod ph-bromf (pf)</b> .....	492
<b>phenelzine</b> .....	156	<b>POCKET CHAMBER</b> .....	405, 455	<b>prednisolone sod ph-moxiflox</b> .....	485
<b>phenobarbital</b> .....	148, 187, 188	<b>PODOCON</b> .....	238	<b>prednisolone sodium phosphate</b> .....	279, 488
<b>phenoxybenzamine</b> .....	142	<b>podofilox</b> .....	238	<b>prednisolone-moxiflo-nepafenac</b> .....	486
<b>phentermine</b> .....	521	<b>POLIBAR ACB</b> .....	247		
<b>phenylephrine hcl</b> .....	491	<b>POLIVY</b> .....	72, 93		
<b>phenyleph-tropicamide in water</b> .....	483	<b>POLY HUB NEEDLE</b> .....	396, 455		
<b>Phenyleph</b> .....	151	<b>Polycin</b> .....	496		
		<b>polymyxin b sulf-trimethoprim</b> .....	496		
		<b>POMALYST</b> .....	90		



<i>prednisolone-moxifloxacin hcl</i> .....	485	<b>PROCARE SPACER WITH ADULT MASK</b> .....	405, 456	<b>PURE COMFORT LANCETS</b> 368, 456
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen</i> .....	486	<b>PROCARE SPACER WITH CHILD MASK</b> .....	405, 456	<b>PURE COMFORT SAFETY LANCETS</b> ..... 368, 456
<i>prednisolon-moxiflox-bromf(pf)</i> .....	486	<b>PROCHAMBER</b> .....	405, 456	<b>PURIXAN</b> ..... 73
<i>prednisone</i> .....	280	<i>prochlorperazine</i> .....	294	<b>PUSH BUTTON SAFETY LANCETS</b> ..... 368, 457
<b>PREDNISON INTENSOL</b> .....	280	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	167, 294	<i>pyrazinamide</i> .....
<i>pregabalin</i> .....	150, 180	<b>PROCORT</b> .....	40	<i>pyridostigmine bromide</i> .....
<b>PREGNYL</b> .....	282	<b>PROCRIT</b> .....	323	<i>pyridoxine (vitamin b6)</i> .....
<b>PREHEVBRIO (PF)</b> .....	103	<b>PROCTOFOAM HC</b> .....	40	<i>pyrimethamine</i> .....
<b>PREMARIN</b> .....	277, 520	<i>Procto-Med Hc</i> .....	39, 235	<b>PYRUKYND</b> .....
<b>PREMIER TEST STRIP</b> .....	355, 456	<b>PROCTO-PAK</b> .....	39, 235	<b>PYTEST</b> .....
<b>PREMIUM V10</b> .....	355, 456	<i>Proctosol Hc</i> .....	39, 235	<b>PYTEST KIT</b> .....
<b>PREMPHASE</b> .....	276	<i>Proctozone-Hc</i> .....	39, 235	<b>Q</b>
<b>PREMPRO</b> .....	276	<b>PROCYSBI</b> .....	312	<b>QALSODY</b> .....
<b>PRENAISSANCE</b> .....	260	<b>PRODIGY LANCETS</b> .....	368, 456	<b>QBRELIS</b> .....
<b>PRENAISSANCE PLUS</b> .....	260	<b>PRODIGY NO CODING</b> .....	355, 456	<b>QBREXZA</b> .....
<b>PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE)</b> .....	260	<b>PRODIGY TWIST TOP LANCET</b> .....	368, 456	<b>QELBREE</b> .....
<b>PREPIDIL</b> .....	263	<b>PROFILNINE</b> .....	324	<b>QINLOCK</b> .....
<b>PRESERA</b> .....	231	<i>progesterone</i> .....	290	<b>QNASL</b> .....
<b>PRESSURE ACTIVATED LANCETS</b> .....	368, 456	<i>progesterone micronized</i> .....	290	<b>QSYMIA</b> .....
<i>pretomanid</i> .....	55	<b>PROGRAF</b> .....	341	<b>QTERN</b> .....
<i>Prevalite</i> .....	129	<b>PROLASTIN-C</b> .....	515	<b>QUADRACEL (PF)</b> .....
<b>PREVNAR 20 (PF)</b> .....	114	<b>PROLEUKIN</b> .....	81	<b>QUARTETTE</b> .....
<b>PREVYMIS</b> .....	57	<b>PROLIA</b> .....	290	<i>quazepam</i> .....
<b>PREZCOBIX</b> .....	53, 63	<b>PROMACTA</b> .....	339	<i>quetiapine</i> .....
<b>PREZISTA</b> .....	63	<i>promethazine</i> .....	294, 295, 504, 505	<b>QUICKVUE AT-HOME COVID- 19 TEST</b> .....
<b>PRIALT</b> .....	15	<i>promethazine-codeine</i> .....	518	<b>QUIDROXZAR</b> .....
<b>PRIFTIN</b> .....	55, 64	<i>promethazine-dm</i> .....	517	<b>QUILLICHEW ER</b> .....
<b>PRILOSEC</b> .....	298	<i>promethazine-phenylephrine</i> .....	503	<b>QUILLIVANT XR</b> .....
<i>primaquine</i> .....	47	<i>Promethegan</i> .....	295, 504, 505	<i>quinapril</i> .....
<b>PRIMEAIRE</b> .....	405, 456	<b>PRONAL</b> .....	238	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .....
<i>primidone</i> .....	148	<i>propafenone</i> .....	127	<i>quinidine gluconate</i> .....
<b>PRIMSOL</b> .....	44	<i>proparacaine</i> .....	493	<i>quinidine sulfate</i> .....
<b>PRIORIX (PF)</b> .. 108, 119, 120, 121, 122		<i>propranolol</i> .....	136	<i>quinine sulfate</i> .....
<b>PRIVIGEN</b> .....	106	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i> .....	142	<b>QUINTET AC</b> .....
<b>PRO COMFORT ALCOHOL PADS</b> .....	98	<i>propylthiouracil</i> .....	272	<b>QUINTET AC</b> .....
<b>PRO COMFORT LANCET</b> ....	368, 456	<b>PROQUAD (PF)</b> .....	108, 119, 120, 121, 122	<b>QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS</b> .....
<b>PRO COMFORT SAFETY LANCET</b> .....	368, 456	<i>protriptyline</i> .....	160	<b>QUIT 2</b> .....
<b>PRO DNA COLLECTION</b> .....	478	<b>PROVISC</b> .....	495	<b>QUIT 4</b> .....
<b>PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP</b> .....	355, 456	<b>PROVOCHOLINE</b> .....	251	<b>QULIPTA</b> .....
<i>probenecid</i> .....	319	<b>PTS PANELS EGLU TEST STRIP</b> .....	356, 456	<b>QUTENZA</b> .....
<i>probenecid-colchicine</i> .....	318	<b>PULMICORT FLEXHALER</b> .....	508	<b>QUVIVIQ</b> .....
		<b>PULMOZYME</b> .....	516	<b>QVAR REDIHALER</b> .....
		<b>PURE COMFORT ALCOHOL PADS</b> .....	98	<b>R</b>
				<i>rabeprazole</i> .....
				<b>RADICAVA</b> .....
				<b>RADICAVA ORS</b> .....

<b>RADICAVA ORS STARTER KIT</b>			
<b>SUSP</b> .....	344		
<b>RADIOGARDASE</b> .....	41		
<b>RAGWITEK</b> .....	100		
<b>raloxifene</b> .....	290		
<b>ramipril</b> .....	123		
<b>ranolazine</b> .....	127		
<b>RAPID SARS-COV-2 AG HOME</b>			
<b>TEST</b> .....	359, 457		
<b>rasagiline</b> .....	162		
<b>RASUVO (PF)</b> .....	29, 30		
<b>RAVICTI</b> .....	474		
<b>RAYALDEE</b> .....	472		
<b>READI-CAT 2</b> .....	247		
<b>REBIF (WITH ALBUMIN)</b> .....	480		
<b>REBIF REBIDOSE</b> .....	480		
<b>REBIF TITRATION PACK</b> .....	480		
<b>REBINYN</b> .....	324		
<b>REBLOZYL</b> .....	329, 339		
<b>REBYOTA</b> .....	293		
<b>RECEDO</b> .....	241		
<b>Reclipsen (28)</b> .....	205		
<b>RECOMBINATE</b> .....	327		
<b>RECOMBIVAX HB (PF)</b> .....	103		
<b>RECORLEV</b> .....	263		
<b>RECOTHROM</b> .....	331		
<b>RECOTHROM SPRAY KIT</b> .....	331		
<b>REFUAH PLUS</b> .....	356, 457		
<b>REGENECARE</b> .....	244		
<b>REGIOCIT (EUA)</b> .....	320		
<b>REGRANEX</b> .....	247		
<b>RELAGARD</b> .....	520		
<b>RELENZA DISKHALER</b> .....	60		
<b>RELEUKO</b> .....	329		
<b>RELIAMED LANCET</b> .....	368, 457		
<b>RELIAMED SAFETY SEAL</b>			
<b>LANCETS</b> .....	368, 457		
<b>RELIAMED TWIST AND CAP</b>			
<b>LANCET</b> .....	368, 457		
<b>RELION CONFIRM-MICRO</b> .....	356, 457		
<b>RELION PRIME TEST STRIPS</b>			
.....	356, 457		
<b>RELION ULTIMA</b> .....	356, 457		
<b>RELISTOR</b> .....	42		
<b>RENACIDIN</b> .....	312		
<b>RENFLEXIS</b> .....	25, 28, 307		
<b>repaglinide</b> .....	268		
<b>REPATHA PUSHTRONEX</b> .....	133, 134		
<b>REPATHA SURECLICK</b> .....	133, 134		
<b>REPATHA SYRINGE</b> .....	134		
<b>RESPA-AR</b> .....	504		
<b>RESTASIS</b> .....	489		
<b>RESTASIS MULTIDOSE</b> .....	489		
<b>RETACRIT</b> .....	323		
<b>RETEVMO</b> .....	89		
<b>RETIN-A MICRO PUMP</b> .....	218		
<b>RETISERT</b> .....	488		
<b>RETROVIR</b> .....	52		
<b>REYCOVI</b> .....	472		
<b>REVEAL TEST STRIP</b> .....	356, 457		
<b>REXULTI</b> .....	169		
<b>REYATAZ</b> .....	64		
<b>REYVOW</b> .....	184		
<b>REZDIFFRA</b> .....	339		
<b>REZLIDHIA</b> .....	84		
<b>REZUROCK</b> .....	34		
<b>RHOGAM ULTRA-FILTERED</b>			
<b>PLUS</b> .....	106		
<b>RHOPHYLAC</b> .....	106		
<b>RHOPRESSA</b> .....	498		
<b>RIABNI</b> .....	30, 77		
<b>RIASTAP</b> .....	330		
<b>ribavirin</b> .....	60, 64		
<b>RIDAURA</b> .....	31		
<b>rifabutin</b> .....	55, 64		
<b>rifampin</b> .....	55, 64		
<b>RIGHTEST GL300 LANCETS</b> .....	368, 457		
<b>RIGHTEST GS550 TEST STRIPS</b>			
.....	356, 457		
<b>RIGHTEST GS700 TEST STRIP</b>			
.....	356, 457		
<b>RIGHTEST GT333 TEST STRIP</b>			
.....	356, 457		
<b>RIGHTEST MAX TEST STRIP</b>			
.....	356, 458		
<b>rilpivirine</b> .....	51		
<b>riluzole</b> .....	344		
<b>rimantadine</b> .....	61		
<b>ringer's</b> .....	256		
<b>RINVOQ</b> .....	33, 221, 304		
<b>RINVOQ LQ</b> .....	33		
<b>risedronate</b> .....	273		
<b>risperidone</b> .....	165, 178		
<b>risperidone microspheres</b> .....	164		
<b>RITEFLO AEROCHAMBER</b> .....	405, 458		
<b>ritonavir</b> .....	64		
<b>RITUXAN</b> .....	30, 78		
<b>RITUXAN HYCELA</b> .....	78		
<b>rivastigmine</b> .....	194		
<b>rivastigmine tartrate</b> .....	194		
<b>RIVELSA</b> .....	208		
<b>RIVFLOZA</b> .....	313		
<b>RIXUBIS</b> .....	324		
<b>rizatriptan</b> .....	183		
<b>ROCKLATAN</b> .....	494		
<b>roflumilast</b> .....	510		
<b>ROLVEDON</b> .....	329		
<b>romidepsin</b> .....	80		
<b>ropinirole</b> .....	163		
<b>Rosadan</b> .....	242		
<b>ROSULA</b> .....	216		
<b>ROSULA CLEANSING CLOTHS</b>			
.....	215		
<b>rosuvastatin</b> .....	132		
<b>ROTARIX</b> .....	108, 120		
<b>ROTATEQ VACCINE</b> .....	108, 120		
<b>ROXYBOND</b> .....	19		
<b>ROZLYTREK</b> .....	87		
<b>RUBRACA</b> .....	85		
<b>RUCONEST</b> .....	322		
<b>rufinamide</b> .....	155		
<b>RUKOBIA</b> .....	49		
<b>RUXIENCE</b> .....	31, 78		
<b>RYBELSUS</b> .....	268		
<b>RYBREVANT</b> .....	68		
<b>RYDAPT</b> .....	87		
<b>RYLAZE</b> .....	76		
<b>RYPLAZIM</b> .....	335		
<b>RYSTIGGO</b> .....	344		
<b>RYTARY</b> .....	161		
<b>RYTELO</b> .....	66		
<b>S</b>			
<b>SABRIL</b> .....	150		
<b>SAFESNAP SYRINGE</b> .....	396, 397, 458		
<b>SAFETY LANCETS</b> .....	368, 458		
<b>safety needles</b> .....	397, 459		
<b>SAFETY SEAL LANCETS</b> .....	368, 459		
<b>SAFETY-LET LANCETS</b> .....	368, 459		
<b>SAFYRAL</b> .....	205		
<b>SAIZEN SAIZENPREP</b> .....	281		
<b>Sajazir</b> .....	136		
<b>salicylic acid</b> .....	238, 239		
<b>SALIMEZ FORTE</b> .....	239		
<b>salsalate</b> .....	38		
<b>SALVAX</b> .....	239		
<b>SALVAX DUO PLUS</b> .....	238		
<b>SANCUSO</b> .....	295		
<b>SANDIMMUNE</b> .....	32, 341		
<b>SANDOSTATIN LAR DEPOT</b> .....	291, 311		
<b>SANTYL</b> .....	231		
<b>SAPHNELO</b> .....	342		
<b>sapropterin</b> .....	475		
<b>SARCLISA</b> .....	78		

SAVAYSA.....	322	SIMPONI.....	26, 28, 29, 307	SOLTAMOX.....	88
SAVELLA.....	158, 181	SIMPONI ARIA.....	26, 28	SOLU-CORTEF.....	280
saxagliptin.....	267	SIMULECT.....	342	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL	
saxagliptin-metformin.....	271	simvastatin.....	133	(PF).....	280
SAXENDA.....	522	SINGLE-LET.....	368, 459	SOLUS V2 LANCETS.....	369, 459
SCALACORT DK.....	235	sirolimus.....	342	SOLUS V2 TEST STRIPS.....	356, 459
SCEMBLIX.....	87	SIRTURO.....	55	SOMATULINE DEPOT.....	291
SCLEROSOL INTRAPLEURAL		sitagliptin.....	267	SOMAVERT.....	280
.....	518	SITZMARKS.....	250	sorafenib.....	84
scopolamine base.....	294	SITZMARKS FOR KIDS.....	250	sorbitol.....	312
SECUADO.....	163	SIVEXTRO.....	63	sorbitol-mannitol.....	312
SEGLUROMET.....	269	SKYCLARYS.....	343	SORILUX.....	228
selegiline hcl.....	162	SKYLA.....	196	sotalol.....	128, 136
selenium sulfide.....	228	SKYRIZI.....	219, 303	Sotalol Af.....	128, 136
SELZENTRY.....	48	SKYTROFA.....	282	SOTYKTU.....	220
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE- YFGN).....	285	SLYND.....	208	SOTYLIZE.....	128, 136
SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN.....	285	SMART SENSE LANCETS.....	368, 459	SOVALDI.....	59, 60
SEREVENT DISKUS.....	511	SMART SENSE TEST STRIPS		SOVUNA.....	29, 47
SERNIVO.....	235	.....	356, 459	SPACE CHAMBER.....	405, 459
SEROQUEL XR.....	167	SMARTEST LANCET.....	368, 459	SPACE CHAMBER WITH	
SEROSTIM.....	281	SMARTEST TEST.....	356, 459	LARGE MASK.....	406, 459
sertraline.....	157	sodium chlor 0.9% bacteriostat		SPACE CHAMBER WITH	
Setlakin.....	206	.....	255, 260	MEDIUM MASK.....	406, 459
sevelamer carbonate.....	314	sodium chloride.....	193, 240, 255, 256	SPACE CHAMBER WITH	
sevelamer hcl.....	314	sodium chloride 0.45 %.....	261	SMALL MASK.....	406, 459
SEVENFACT.....	325	sodium chloride 0.9 %.....	255, 261	SPEEDYSWAB COVID-19	
sevoflurane.....	38	sodium chloride 0.9 % (flush).....	260	HOME TEST.....	359, 459
SF.....	476	sodium citrate.....	321	SPEVIGO.....	220
SF 5000 PLUS.....	476	sodium citrate in 0.9 % nacl.....	321	SPIKEVAX 2024-2025(12Y	
Sharobel.....	208	sodium citrate-citric acid.....	315	UP)(PF).....	116
SHINGRIX (PF).....	121	SODIUM FLUORIDE 5000 DRY		spinosad.....	246
SIGNIFOR.....	291	MOUTH.....	476	SPINRAZA (PF).....	348
SIGNIFOR LAR.....	291	SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS		SPIRIVA RESPIMAT.....	510
SIKLOS.....	338	.....	476	SPIRIVA WITH HANDIHALER	
sildenafil.....	253	sodium fluoride-pot nitrate.....	477	.....	510
sildenafil (pulm.hypertension)		sodium iodide-123.....	251	spironolactone.....	124, 140
.....	145	sodium iodide-131.....	251	spironolacton-hydrochlorothiaz	
SILICONE MASK - INFANT ..	405, 459	sodium oxybate.....	186	.....	141
SILIQ.....	220	sodium phenylbutyrate.....	474	SPRAVATO.....	156
silodosin.....	314	sodium polystyrene sulfonate.....	255	SPRAY AND STRETCH.....	240
SILVASORB.....	247	sodium,potassium,mag sulfates		Sprintec (28).....	206
silver nitrate.....	222	.....	310	Sps (With Sorbitol).....	256
silver nitrate applicators.....	238	SOFDRA.....	223	SPS (WITH SORBITOL).....	256
silver sulfadiazine.....	229	SOFT TOUCH LANCETS.....	369, 459	Sronyx.....	206
SIMBRINZA.....	484	SOGROYA.....	282	SSD.....	229
SIMLANDI(CF)		SOHONOS.....	343	SSKI.....	256
AUTOINJECTOR.....	26, 28, 307	SOLESTA.....	409	SSS 10-5.....	216
Simliya (28).....	198	solifenacin.....	317	ST JOSEPH ASPIRIN.....	38, 337
Simpesse.....	198	SOLIQUA 100/33.....	271	ST. JOSEPH ASPIRIN.....	38, 337
		SOLIRIS.....	320, 337	stavudine.....	52
				STEGLATRO.....	270
				STEGLUJAN.....	269

STELARA .....	219, 302	SURE COMFORT LANCETS	369, 460	syringe, enfit, non-sterile.....	361, 461, 462
STENDRA .....	253	SURE-LANCE .....	369, 460	syringe, enfit, sterile.....	361, 462
STERILANCE TL.....	369, 459	SURE-LANCE ULTRA THIN.	369, 460	<b>T</b>	
STERILE HYDROGEL FOR		SURE-PREP ALCOHOL PREP		T.R.U.E. TEST ALLERGEN ....	101
JELMYTO.....	255	PADS .....	98	TABLOID .....	73
sterile talc .....	518	SURE-TEST EASYPLUS MINI		TABRECTA.....	87
STERITALC.....	518	.....	356, 460	TACHOSIL .....	332
STIMUFEND.....	329	SURE-TOUCH LANCET	369, 460	tacrolimus.....	229, 341
STIOLTO RESPIMAT .....	512	SURGUARD2 SAFETY....	397, 398, 460, 461	tadalafil .....	253, 314
STIVARGA .....	84	.....	460, 461	tadalafil (pulm. hypertension)	145
STOP SMOKING AID .....	192	SURVANTA.....	516	TAFINLAR.....	76
STRAVIX.....	245	SUSVIMO .....	494, 499	tafluprost (pf).....	498
STRENSIQ .....	471	SUSVIMO (INITIAL FILL).....	494, 499	TAGITOL V.....	248
STRIBILD .....	54	SUSVIMO IMPLANT AND INS.		TAGRISSE .....	68
STRIVERDI RESPIMAT .....	510	TOOL.....	375, 461	TAKE ACTION.....	212, 213
STRONG IODINE.....	99, 256	SUTAB.....	310	TAKHZYRO .....	143
SUBLOCADE .....	190	Syeda.....	206	TALICIA .....	301
Subvenite.....	154	SYLVANT .....	81	TALTZ AUTOINJECTOR .....	221
Subvenite Starter (Blue) Kit..	154, 177	SYMAX DUOTAB .....	300, 317	TALTZ AUTOINJECTOR (2	
.....	154, 177	SYMDEKO.....	515	PACK).....	220
Subvenite Starter (Green) Kit		SYMLINPEN 120.....	267	TALTZ AUTOINJECTOR (3	
.....	154, 177	SYMLINPEN 60 .....	267	PACK).....	221
Subvenite Starter (Orange) Kit		SYMPROIC.....	42	TALTZ SYRINGE.....	221
.....	154, 177	SYMTUZA.....	53	TALZENNA .....	85
SUCRAID.....	297	SYNAGIS .....	101	tamoxifen .....	89
sucralfate .....	310	SYNALAR CREAM KIT.....	236	tamsulosin.....	314
SUFLAVE.....	310	SYNALAR OINTMENT KIT....	236	TANDEM MOBI AUTOSOFT 30	
sulconazole.....	225	SYNALAR TS.....	237	KT 23 .....	409, 462
sulfacetamide sodium.....	228, 497	SYNAREL.....	288	TANDEM MOBI AUTOSOFT	
sulfacetamide sodium (acne).	215	SYNDROS.....	179, 294, 522	XC KIT 5.....	409, 462
sulfacetamide sodium-sulfur..	216	SYNJARDY .....	269	TANDEM MOBI AUTOSOFT	
sulfacetamide sod-sulfur-urea		SYNJARDY XR.....	269	XC KT 23.....	409, 462
.....	216, 242	SYNOJOYNT.....	346	TANDEM MOBI CARTRIDGE	
sulfacetamide-prednisolone...	485	SYNVISC .....	346	.....	375, 462
sulfadiazine .....	65	SYNVISC-ONE .....	346	TANDEM MOBI SYSTEM.....	408, 462
sulfamethoxazole-trimethoprim		syringe (disposable).....	398, 461	TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT	
.....	44	SYRINGE 3CC/20GX1 .....	398, 461	23.....	409, 462
SULFAMYLON .....	229	SYRINGE 3CC/21GX1 .....	398, 461	Tarina 24 Fe.....	206
sulfasalazine.....	33, 304	SYRINGE 3CC/21GX1-1/2 .....	398, 461	Tarina Fe 1/20 (28).....	206
SULFATRIM .....	44	.....	398, 461	Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	206
sulindac.....	35	SYRINGE 3CC/22GX1 .....	398, 461	TARON-PREX PRENATAL-DHA	
sumatriptan.....	183	SYRINGE 3CC/22GX3/4 .....	398, 461	.....	258, 260
sumatriptan succinate.....	183	SYRINGE 3CC/25GX1 .....	399, 461	TARPEYO.....	280
sunitinib malate.....	87	SYRINGE AVITENE .....	331	TASCENSO ODT.....	482
SUNLENCA .....	43	syringe with needle.....	399, 461	TASIGNA.....	88
SUNOSI .....	186	syringe with needle, safety....	399, 461	tasimelteon .....	181
SUPARTZ FX .....	346	.....	461	tavaborole .....	226
SUPER THIN LANCETS.	369, 460	SYRINGE WITHOUT NEEDLE		TAVALISSE.....	321
SUPPRELIN LA .....	288	.....	399, 461	TAVNEOS .....	23
SUPRAX.....	57			TAYTULLA.....	206
SURE COMFORT ALCOHOL					
PREP PADS.....	98				

tazarotene .....	228, 241	TEXACORT .....	235	tobramycin-dexamethasone..	486
TAZVERIK.....	79	TEZSPIRE.....	509	tobramycin-vancomycin.	486, 496
TD GOLD TEST STRIP...356, 462		THALOMID .....	46, 90	TOBEX.....	496
TDVAX .....	112	THEO-24.....	509	TOLAK.....	226
TECENTRIQ .....	92	theophylline .....	509	tolcapone.....	161
TECENTRIQ HYBREZA .....	92	thiamine hcl (vitamin b1).....	261	tolmetin .....	35
TECHLITE LANCETS .....	369, 462	THIN LANCETS .....	369, 463	tolterodine.....	318
TEGLUTIK .....	344	THIOLA EC .....	312	tolvaptan .....	141
TEGRETOL.....	152, 177	thioridazine .....	167	TOOMEY SYRINGE.....	399, 463
TEGRETOL XR.....	152, 177	thiotepa .....	69	TOPCARE UNIVERSALI	
TELCARE LANCETS .....	369, 462	thiothixene .....	167	LANCET.....	369, 463
TELCARE TEST STRIPS..356, 462		THRESHOLD IMT TRAINER406,		topiramate .....	152, 153
telmisartan .....	126	463		topotecan .....	90
telmisartan-amlodipine .....	124	THRESHOLD PEP DEVICE...406,		toremifene .....	89
telmisartan-hydrochlorothiazid		463		TORONOVA II SUIK .....	35
.....	125	THROMBIN-JMI .....	331	TORONOVA SUIK .....	35
temazepam .....	175, 188	THYMOGLOBULIN .....	107	Torpenz .....	83
TEMBEXA.....	66	THYQUIDITY .....	292	torse mide .....	140
TEMODAR .....	70	THYROGEN.....	251	TOTALVISC.....	495
temozolomide.....	70	thyroid (pork).....	291	TOUJEO MAX U-300	
TEMPO REFILL KIT WITH		Tiadylt Er .....	137	SOLOSTAR.....	285
GAUZE .....	369, 463	tiagabine .....	150	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
temsirolimus.....	83	TIBSOVO .....	84	INSULIN .....	285
Tencon .....	23	TIGLUTIK .....	344	TOXICOLOGY SALIVA	
TENIVAC (PF).....	112	Tilia Fe .....	209	COLLECTION .....	250
tenofovir disoproxil fumarate 53,		timol-brimon-dorzol-bimato(pf)		TPOXX (NATIONAL	
58		.....	484	STOCKPILE) .....	66
TEPADINA.....	69	timolol maleate .....	136, 492	TRACLEER .....	145
TEPEZZA.....	291	timolol maleate (pf).....	492	TRADJENTA.....	267
TEPMETKO .....	88	timolol-bimatoprost (pf).....	490	tramadol.....	19
terazosin.....	143	timolol-brimonidi-dorzolam(pf)		tramadol-acetaminophen.....	22
terbinafine hcl .....	45	.....	490	trandolapril .....	124
terbutaline .....	511	timolol-dorzolam-bimatopro(pf)		trandolapril-verapamil .....	122
terconazole .....	519	.....	490	tranexamic acid.....	330
teriflunomide .....	481	tinidazole .....	48	tranylcypromine .....	156
teriparatide .....	273	tiopronin .....	312	TRANZAREL .....	244
Terrell.....	38	TIROSINT .....	292	travoprost .....	498
TERSIFOAM .....	229	TIROSINT-SOL.....	292	TRAZIMERA .....	96
TERUMO ALLERGY SYRINGE		TISSEEL VHSD (APROTININ,		trazodone .....	157
.....	399, 463	SYN) .....	243	TRECTOR.....	55
TERUMO HYPODERMIC		TIS-U-SOL PENTALYTE.....	256	TRELEGY ELLIPTA.....	514
NEEDLE/SYRIN.....	399, 463	TIVDAK.....	72, 94	TRELSTAR.....	82
TERUMO SYRINGE.....	399, 463	TIVICAY .....	50	TREMFYA .....	219
TEST N'GO TEST .....	357, 463	TIVICAY PD .....	50	TREMFYA PEN .....	303
testosterone .....	265, 266	tizanidine .....	347, 348	treprostinil sodium .....	144
testosterone cypionate .....	265	TLANDO .....	266	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	
testosterone enanthate .....	265	TOBI PODHALER .....	514	.....	285
tetrabenazine .....	184, 185	TOBRADEX .....	485	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	
tetracaine hcl .....	493	TOBRADEX ST .....	485	.....	285
tetracaine hcl (pf).....	493	tobramycin .....	496, 514	TRESIBA U-100 INSULIN.....	285
tetracycline .....	66	tobramycin in 0.225 % nacl....	514	tretinoin.....	218
TEVIMBRA.....	93	tobramycin with nebulizer.....	514	tretinoin (antineoplastic).....	88

tretinoin microspheres .....	218	TROJAN ULTRA RIBBED		TYBLUME.....	206
TRETEN .....	328	CONDOM .....	374, 463	TYBOST.....	474
TREXALL.....	30, 73	TROJAN ULTRA THIN ...	374, 464	Tydemy.....	206
triamcinolone acetonide	236, 478	tropicamide.....	487	TYENNE .....	32, 33
triamterene .....	141	trospium .....	318	TYENNE AUTOINJECTOR.....	32
triamterene-hydrochlorothiazid		TRUDHESA.....	182	TYMLOS.....	273
.....	141	TRUE COMFORT ALCOHOL		TYRVAYA.....	517
triazolam.....	175, 188	PADS.....	98	TYSABRI.....	479
TRI-CHLOR .....	239	TRUE COMFORT LANCET..	369,	TYVASO .....	144
Triderm .....	236	464		TYVASO DPI .....	144
trientine .....	41	TRUE COMFORT PRO		TYVASO INSTITUTIONAL	
Tri-Estarylla .....	209	ALCOHOL PADS.....	99	START KIT .....	144
TRIFERIC.....	257	TRUE COVER CONDOM ....	374,	TYVASO REFILL KIT .....	144
trifluoperazine .....	167	464		TYVASO STARTER KIT.....	144
trifluridine.....	497	TRUE METRIX GLUCOSE TEST		TZIELD .....	262
trihexyphenidyl.....	161	STRIP .....	357, 464	<b>U</b>	
TRIJARDY XR .....	272	TRUE METRIX PRO TEST		UBRELVY .....	182
TRIKAFTA .....	515	STRIP .....	357, 464	UDENYCA .....	329
Tri-Legest Fe .....	209	TRUEPLUS KETONE .....	409, 464	UDENYCA AUTOINJECTOR	329
Tri-Linyah .....	209	TRUEPLUS LANCETS.....	369, 464	UDENYCA ONBODY.....	329
TRILOAN II SUIK.....	280	TRUETEST TEST STRIPS.....	357,	ULESFIA.....	246
TRILOAN SUIK.....	280	464		ULTICARE .....	400, 465
Tri-Lo-Estarylla.....	209	TRUETRACK TEST .....	357, 464	ULTICARE LOW DEAD SPACE	
Tri-Lo-Marzia .....	209	TRULANCE .....	296, 302	SYRING .....	400, 465
Tri-Lo-Mili .....	210	TRULICITY .....	268	ULTICARE SAFETY SYRINGE	
Tri-Lo-Sprintec.....	210	TRUMENBA .....	114	.....	400, 465
TRI-LUMA .....	231	TRUQAP .....	66	ULTICARE TB SAFETY SYRINGE	
TRILURON.....	346	TRUSKIN.....	245	.....	400, 465
trimethobenzamide .....	294	TRUSTEX LATEX CONDOM		ULTILET ALCOHOL SWAB....	99
trimethoprim .....	44	.....	374, 464	ULTILET BASIC LANCETS....	369,
Tri-Mili.....	210	TRUSTEX LUBRICATED		465	
trimipramine.....	160	CONDOMS.....	375, 464	ULTILET CLASSIC LANCETS	
TRI-MIX (PAPAVRN-		TRUSTEX NON-LUB		.....	369, 465
PHNTLMN-PGE I) .....	252	CONDOMS.....	375, 464	ULTILET LANCETS.....	370, 465
TRIMO-SAN JELLY.....	520	TRUSTEX-RIA		ULTILET SAFETY LANCETS..	370,
TRINTELLIX.....	158	LUB/SPERMICIDE .....	375, 464	465	
TRIPTODUR.....	288	TRUSTEX-RIA LUBRICATED		ULTIMA TEST STRIPS....	357, 465
TRISENOX .....	75	CONDOMS.....	375, 464	ULTOMIRIS .....	320, 337
Tri-Sprintec (28).....	210	TRUSTEX-RIA NON-LUB		ULTRA FINE LANCETS..	370, 465
TRIUMEQ.....	54	CONDOMS.....	375, 464	ULTRA THIN II LANCETS ....	370,
TRIUMEQ PD .....	54	TRUXIMA .....	31, 78	465	
TRIVISC.....	346	TUBERCULIN SYRINGE	399, 464	ULTRA THIN LANCETS..	370, 466
Trivora (28) .....	210	tuberculin-allergy syringes.....	399,	ULTRA THIN PLUS LANCETS	
Tri-Vylibra .....	210	465		.....	370, 466
Tri-Vylibra Lo.....	210	TUDORZA PRESSAIR .....	510	ULTRA TLC LANCETS....	370, 466
TRODELVY.....	94	TUKYSA .....	79	ULTRA-CARE LANCETS	370, 466
TROGARZO.....	48	Tulana.....	208	ULTRALANCE LANCETS.....	370,
TROJAN BARESKIN.....	374, 463	TURALIO .....	88	466	
TROJAN EXTENDED		Turqoz (28).....	206	ULTRASAL-ER.....	239
PLEASURE .....	374, 463	TUXARIN ER.....	518	ULTRA-THIN II LANCETS ....	370,
TROJAN PLEASURE PACK ...	374,	TWINRIX (PF) .....	101	466	
463		TWIRLA .....	210	ULTRATRAK.....	357, 466
		TWIST LANCETS.....	369, 465		

ULTRATRAK ULTIMATE.....	357, 466	VALCHLOR .....	226	VEMLIDY.....	58
UNILET COMFORTOUCH		valganciclovir.....	57	VENCLEXTA .....	76
LANCET .....	370, 466	valproic acid .....	149, 177	VENCLEXTA STARTING PACK	
UNILET GP LANCET .....	370, 466	.....	149, 177	.....	76
UNILET LANCET .....	370, 466	valrubicin.....	91	venlafaxine.....	158
UNILET LANCETS.....	370, 466	valsartan.....	126	VENTAVIS .....	144
UNILET SUPER THIN LANCETS		valsartan-hydrochlorothiazide		VEOPOZ.....	293
.....	370, 466	.....	125	VEOZAH.....	263
UNISTIK 3 COMFORT LANCET		VALSTAR .....	91	verapamil.....	128, 138
.....	370, 466	VALTOCO.....	148, 175	VERIFINE SAFETY LANCET	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET .....	370, 466	vancomycin .....	58	MINI.....	371, 468
UNISTIK 3 GENTLE.....	370, 466	vancomycin in 0.9 % sodium chl		VERIFINE UNIVERSAL LANCET	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET		.....	486	.....	371, 468
.....	370, 466	VANFLYTA .....	80	VERQUOVO .....	127
UNISTIK COMFORT LANCETS		VANISHPOINT SYRINGE .....	400, 401, 467, 468	VERSACLOZ .....	166
.....	370, 466	VANISHPOINT TUBERCULIN		VERZENIO .....	78
UNISTIK CZT LANCET .....	371, 466	SYRINGE.....	401, 468	VESICARE LS .....	317
UNISTIK EXTRA LANCETS .....	371, 467	VANOXIDE-HC .....	217	Vestura (28).....	206
UNISTIK NORMAL LANCETS		VAQTA (PF).....	101, 102	VEVYE.....	489
.....	371, 467	vardenafil .....	253	V-GO 20.....	408, 468
UNISTIK PRO LANCET .....	371, 467	varenciline .....	193	V-GO 30.....	408, 468
UNISTIK SAFETY .....	371, 467	VARIBAR HONEY .....	248	V-GO 40.....	408, 468
UNISTIK TOUCH LANCETS .....	371, 467	VARIBAR NECTAR .....	248	VIBERZI .....	302, 308
UNISTRIP I TEST STRIP.....	357, 467	VARIBAR PUDDING.....	248	Vienna.....	206
UNIVERSAL I LANCETS .....	371, 467	VARIBAR THIN HONEY .....	248	vigabatrin.....	150
UPLIZNA.....	341	VARIBAR THIN LIQUID.....	248	Vigadrone.....	150
UPNEEQ (PF).....	484	VARIVAX (PF) .....	108, 121	VIGAFYDE.....	150
UPTRAVI .....	142	VARIZIG.....	107	Vigpoder .....	150
URAMAXIN.....	239	VARUBI .....	295	VIJOICE.....	474
URAMAXIN GT .....	238	VASCEPA.....	133	vilazodone .....	158
urea .....	239	VASELINE WHITE PETROLEUM		VILTEPSO .....	345
UREA NAIL STICK.....	239	.....	241	VIMIZIM.....	471
URETRON D-S .....	62, 316	VASHE.....	246	VIMPAT .....	150
URISTIX 4 .....	250, 467	VAXCHORA ACTIVE		vinblastine.....	91
URISTIX REAGENT .....	250, 467	COMPONENT .....	108, 115	vinorelbine.....	91
URO-458 .....	62, 316	VAXCHORA BUFFER		VIOKACE.....	297
UROGESIC-BLUE.....	62, 316	COMPONENT .....	193	Viorele (28).....	198
URO-MP .....	62, 316	VAXCHORA VACCINE... ..	108, 115	VIRACEPT .....	64
UROQID-ACID NO.2.....	62, 316	VAXELIS (PF) .....	102, 112, 115	VIREAD .....	53, 58
ursodiol .....	297	VAXNEUVANCE (PF).....	114	VISCO-3.....	346
UZEDY .....	165	VCF CONTRACEPTIVE FILM .....	213	VISTASEAL-FIBRIN SEALANT	
V		VCF CONTRACEPTIVE GEL .....	213	.....	332
VABYSMO.....	483	VECTIBIX.....	95	VISUDYNE.....	494
VAFSEO.....	319	VEGZELMA .....	67	VITAFOL FE+ (WITH	
VAGINAL CONTRACEPTIVE		VELETRI.....	144	DOCUSATE).....	260
FILM .....	213	Velivet Triphasic Regimen (28)		Vitamin D2 .....	262
valacyclovir.....	60	.....	210	VITAMIN K.....	262
		VELPHORO.....	314	Vitamin K1 .....	262
		VELSIPITY.....	305	VITRAKVI.....	90
		VELTASSA .....	256	VIVAGUARD INO TEST STRIP	
				.....	357, 468
				VIVAGUARD LANCET .....	371, 468

<b>VIVAGUARD SAFETY LANCET</b>	<b>WAVESENSE PRESTO</b> ... 357, 468	<b>XENOVIEW PREPARATION</b>
..... 371, 468	<b>WEBCOL</b> ..... 99	<b>GAS BLEND</b> ..... 251
<b>VIVIMUSTA</b> ..... 70	<b>WEGOVI</b> ..... 522	<b>XENPOZYME</b> ..... 470
<b>VIVITROL</b> ..... 190	<b>WELIREG</b> ..... 80	<b>XEOMIN</b> ..... 347
<b>VIVJOA</b> ..... 46	<b>Wera (28)</b> ..... 207	<b>XEPI</b> ..... 222
<b>VIVOTIF</b> ..... 109, 113	<b>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60</b>	<b>XERMELO</b> ..... 293
<b>VIZIMPRO</b> ..... 68	..... 359, 468	<b>XGEVA</b> ..... 290
<b>VOCABRIA</b> ..... 50	<b>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65</b>	<b>XHANCE</b> ..... 517
<b>Volnea (28)</b> ..... 198	..... 359, 469	<b>XIAFLEX</b> ..... 346
<b>VONJO</b> ..... 81	<b>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70</b>	<b>XIFAXAN</b> ..... 64
<b>VONVENDI</b> ..... 330	..... 359, 469	<b>XIGDUO XR</b> ..... 269
<b>VOQUEZNA</b> ..... 293	<b>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75</b>	<b>XIIDRA</b> ..... 489
<b>VOQUEZNA DUAL PAK</b> ..... 301	..... 359, 469	<b>XOFLUZA</b> ..... 60
<b>VOQUEZNA TRIPLE PAK</b> ..... 301	<b>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80</b>	<b>XOLAIR</b> ..... 506
<b>VORANIGO</b> ..... 67	..... 359, 469	<b>XOLREMDI</b> ..... 322
<b>VORAXAZE</b> ..... 96	<b>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85</b>	<b>XOSPATA</b> ..... 80
<b>voriconazole</b> ..... 46	..... 359, 469	<b>XPHOZAH</b> ..... 253
<b>VORTEX HOLDING CHAMBER</b>	<b>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90</b>	<b>XPROVIO</b> ..... 79, 89
..... 406, 468	..... 359, 469	<b>XTAMPZA ER</b> ..... 19
<b>VORTEX VHC FROG MASK-</b>	<b>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95</b>	<b>XTANDI</b> ..... 71
<b>CHILD</b> ..... 406, 468	..... 360, 469	<b>Xulane</b> ..... 210
<b>VORTEX VHC LADYBUG</b>	<b>WILATE</b> ..... 327	<b>XULTOPHY 100/3.6</b> ..... 272
<b>MASK-TODDLR</b> ..... 406, 468	<b>WILZIN</b> ..... 41	<b>XURIDEN</b> ..... 473
<b>VOSEVI</b> ..... 59	<b>WINLEVI</b> ..... 214	<b>XYNTHA</b> ..... 327
<b>VOWST</b> ..... 293	<b>WINREVAIR</b> ..... 122	<b>XYNTHA SOLOFUSE</b> ..... 327
<b>VOXZOGO</b> ..... 272	<b>WINRHOSDF</b> ..... 107	<b>XYOSTED</b> ..... 266
<b>VOYDEYA</b> ..... 320	<b>Wixela Inhub</b> ..... 513	<b>XYWAV</b> ..... 186
<b>VP-CH-PNV</b> ..... 260	<b>WOUNDGELHA MATRIX</b> ..... 241	<b>Y</b>
<b>VPRIV</b> ..... 470	<b>Wymzya Fe</b> ..... 207	<b>YALE DISPOSABLE NEEDLES</b>
<b>VRAYLAR</b> ..... 170, 178	<b>WYNZORA</b> ..... 219	..... 401, 469
<b>VTAMA</b> ..... 228	<b>X</b>	<b>Yargesa</b> ..... 473
<b>VUEBLU</b> ..... 250	<b>XADAGO</b> ..... 162	<b>YASMIN (28)</b> ..... 207
<b>VUITY</b> ..... 484	<b>XALIX</b> ..... 239	<b>YAZ (28)</b> ..... 207
<b>VUMERITY</b> ..... 480	<b>XALKORI</b> ..... 71	<b>YCANTH</b> ..... 239
<b>VYEPTI</b> ..... 182	<b>XARELTO</b> ..... 322	<b>YERVOY</b> ..... 79
<b>Vyfemla (28)</b> ..... 206	<b>XARELTO DVT-PE TREAT 30D</b>	<b>YOKATAR</b> ..... 231
<b>VYLEESI</b> ..... 181	<b>START</b> ..... 322	<b>YONDELIS</b> ..... 92
<b>Vylibra</b> ..... 207	<b>XATMEP</b> ..... 30, 73	<b>YONSA</b> ..... 68, 71
<b>VYNDAMAX</b> ..... 264	<b>XCLAIR</b> ..... 231	<b>YORVIPATH</b> ..... 289
<b>VYNDALCEL</b> ..... 264	<b>XCOPRI</b> ..... 155	<b>YUPELRI</b> ..... 510
<b>VYONDYS-53</b> ..... 345	<b>XCOPRI MAINTENANCE PACK</b>	<b>Yuvafem</b> ..... 520
<b>VYVANSE</b> ..... 173	..... 155	<b>Z</b>
<b>VYVGART</b> ..... 344	<b>XCOPRI TITRATION PACK</b> .. 155	<b>Zafemy</b> ..... 210
<b>VYVGART HYTRULO</b> ..... 344	<b>XDEMVI</b> ..... 482	<b>zafirlukast</b> ..... 509
<b>VYXEOS</b> ..... 71	<b>XELJANZ</b> ..... 33, 304	<b>zaleplon</b> ..... 188
<b>VYZULTA</b> ..... 498	<b>XELJANZ XR</b> ..... 33, 304	<b>ZALTRAP</b> ..... 94
<b>W</b>	<b>XELPROS</b> ..... 498	<b>ZANOSAR</b> ..... 92
<b>WAINUA</b> ..... 265	<b>XELSTRYM</b> ..... 173, 180	<b>Zarah</b> ..... 207
<b>WAKIX</b> ..... 186	<b>XEMBIFY</b> ..... 106	<b>ZARXIO</b> ..... 329
<b>warfarin</b> ..... 321	<b>XENLETA</b> ..... 63	<b>ZAVZPRET</b> ..... 182
<b>water for injection, sterile</b> ..... 255	<b>XENON XE-133</b> ..... 251	<b>ZEGALOGUE AUTOINJECTOR</b>
<b>water for irrigation, sterile</b> ..... 256	<b>XENOVIEW PATIENT DOSE</b> 251	..... 264
<b>WAVESENSE JAZZ</b> ..... 357, 468		<b>ZEGALOGUE SYRINGE</b> ..... 264



<b>ZEJULA</b> .....	85	<b>ZILBRYSQ</b> .....	345	<b>ZONISADE</b> .....	155
<b>ZELAPAR</b> .....	162	<b>ZIMHI</b> .....	43	<b>zonisamide</b> .....	155
<b>ZELBORAF</b> .....	76	<b>ziprasidone hcl</b> .....	163, 178	<b>ZONTIVITY</b> .....	337
<b>ZEMAIRA</b> .....	515	<b>ZIRABEV</b> .....	67	<b>ZORYVE</b> .....	222, 228, 229
<b>Zenatane</b> .....	214	<b>ZIRGAN</b> .....	497	<b>Zovia 1-35 (28)</b> .....	207
<b>ZENPEP</b> .....	297	<b>ZITHRANOL</b> .....	228	<b>ZTALMY</b> .....	153
<b>Zenzedi</b> .....	173, 180, 187	<b>ZOKINVY</b> .....	475	<b>ZUBSOLV</b> .....	190
<b>ZEPATIER</b> .....	59	<b>ZOLADEX</b> .....	82	<b>ZULRESSO</b> .....	156
<b>ZEPBOUND</b> .....	520	<b>zoledronic acid</b> .....	273	<b>Zumandimine (28)</b> .....	207
<b>ZEPOSIA</b> .....	305, 482	<b>zoledronic acid-mannitol-water</b> .....	274	<b>ZURZUVAE</b> .....	156
<b>ZEPOSIA STARTER KIT (28- DAY)</b> .....	305, 482	<b>zoledronic ac-mannitol-0.9nacl</b> .....	274	<b>ZYDELIG</b> .....	84, 85
<b>ZEPOSIA STARTER PACK (7- DAY)</b> .....	305, 482	<b>ZOLINZA</b> .....	80	<b>ZYKADIA</b> .....	71
<b>ZEPZELCA</b> .....	92	<b>zolmitriptan</b> .....	183, 184	<b>ZYLET</b> .....	486
<b>ZETONNA</b> .....	517	<b>zolpidem</b> .....	188	<b>ZYMFENTRA</b> .....	26, 307
<b>zidovudine</b> .....	52	<b>ZOMACTON</b> .....	282	<b>ZYNLONTA</b> .....	77
<b>ZIEXTENZO</b> .....	329	<b>Zomig</b> .....	184	<b>ZYNYZ</b> .....	93
				<b>ZYPRAM</b> .....	40
				<b>ZYPREXA RELPREVV</b> .....	168