

Lista Estándar de Medicamentos Cubiertos

Agosto 2024

Inland Empire Health Plan

Esta Lista de Medicamentos Cubiertos se actualizó por última vez el 15 de julio 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	510

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
<i>enoxaparina inyectable</i> 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.

¿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.

¿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.

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.

¿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 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.

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	37
Preparaciones Anorrectales - Preparaciones Rectales	38
Antídotos y otros Agentes de Reversión - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación	39
Agentes Antiinfecciosos	42
Agentes Antiinfecciosos - Medicamentos para Infección	42
Antineoplásicos	66
Antineoplásicos - Medicamentos para el Cáncer	67
Antisépticos y Desinfectantes - Antisépticos y Desinfectantes	97
Biológicos	98
Biológicos - Agentes Biológicos	99
Agentes de Terapia Cardiovascular	121
Agentes de Terapia Cardiovascular - Medicamentos para el Corazón	122
Agentes del Sistema Nervioso Central - Medicamentos para el Sistema Nervioso	144
Dependencia Química, Agentes para Tratar – Medicamentos para Tratar la Adicción	187
Coadyuvantes Químicos-Farmacéuticos	192
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos	192
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Medicamentos para el Sistema Nervioso	193
Anticonceptivos - Medicamentos para el Cuidado Femenino	194
Dermatológico	212
Dermatológico - Medicamentos para la Piel	212
Agentes de Diagnóstico	245
Medicamentos para Tratar la Disfunción Eréctil - Medicamentos para el Sistema Urinario	249
Terapia para los Trastornos de la Alimentación	250
Terapia para los Trastornos de la Alimentación - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación	251
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales	253
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales - Medicamentos Nutricionales	253
Endocrino	261

Endocrino - Hormonas	262
Enzimas - Vitaminas y Minerales	291
Agentes de Terapia Gastrointestinal	291
Agentes de Terapia Gastrointestinal - Medicamentos para el Estómago	292
Terapia Genitourinaria - Medicamentos para el Sistema Urinario	310
Terapia para la Gota e Hiperuricemia - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre	317
Agentes Hematológicos	318
Agentes Hematológicos - Medicamentos para la Sangre	318
Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar	337
Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado	338
Agentes Inmunosupresores - Medicamentos para Trasplantes de Órganos	338
Aparato Locomotor	340
Aparato Locomotor - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos	341
Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero (DME) - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero	346
Suministro Médico, FDB Superset	404
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas	461
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas	461
Modificadores Metabólicos	463
Modificadores Metabólicos - Fármacos que Alteran el Metabolismo	463
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Medicamentos para la Boca y Garganta	466
Agentes de Esclerosis Múltiple - Medicamentos para el Sistema Nervioso	470
Agentes Oftálmicos	473
Agentes Oftálmicos - Medicamentos para los Ojos	473
Soluciones para la Preservación de Órganos	489
Soluciones para la Preservación de Órganos - Medicamentos para el Corazón	489
Ótico (Oído) - Medicamentos para el Oído	492
Agentes de Terapia Respiratoria - Medicamentos para los Pulmones	493
Productos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino	508

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Terapia Alternativa - Vitaminas y Minerales		
Terapia alternativa - Sin Clasificar - Vitaminas y Minerales		
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (<i>flaxseed</i>)	Nivel 3	
Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos		
Analgésico - Antagonistas de Opioides		
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	
Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre		
Analgésico - Bloqueadores de los Canales de Calcio de Tipo Neuronal (N) (NCCB) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
PRIALT INTRATHECAL SOLUTION 100 MCG/ML, 25 MCG/ML (<i>ziconotide acetate</i>)	Nivel 4	
Agonistas Analgésicos Opioides - Artritis y Analgésicos		
<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	
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
<i>HYSINGLA ER ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 24 HR 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 80 MG (hydrocodone bitartrate)</i>	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
methadone hcl (Methadone Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ML)	Nivel 1	QL (4 ML por 1 día)
methadone oral concentrate 10 mg/ml	Nivel 1	QL (4 ML por 1 día)
methadone oral solution 10 mg/5 ml	Nivel 1	QL (20 ML por 1 día)
methadone oral solution 5 mg/5 ml	Nivel 1	QL (40 ML por 1 día)
methadone oral tablet 10 mg	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
methadone oral tablet 5 mg	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
methadone oral tablet,soluble 40 mg	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
methadone hcl (Methadose Oral Tablet,Soluble 40 Mg)	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml	Nivel 1	
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	Nivel 1	PA
morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous pt controlled analgesia syring 275 mg/55 ml (5 mg/ml)	Nivel 1	
morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml	Nivel 1	
morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml	Nivel 1	
morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml	Nivel 1	
morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
morphine oral capsule,extend.release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	Nivel 1	
morphine oral tablet 15 mg	Nivel 1	
morphine oral tablet 30 mg	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
<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,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	
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Combinaciones de Analgésicos Opioides con Codeína - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (150 ML por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
Combinaciones de Analgésicos Opioides Hidrocodona y No Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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)
Combinaciones de Analgésicos Opioides Hidrocodona y AINE - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Analgésicos Opioides con Hidrocodona - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Opioides Analgésicos Oxycodona y No Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Combinaciones de Analgésicos Opioides Oxidodona - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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)
Agonistas Analgésicos Opioides Parcialmente Mixtos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Combinaciones de Analgésicos Tramadol Opiáceo y No Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 1 día); Age (Mín 12 Años)
Combinaciones de Analgésicos Tramadol Opiáceo - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 1 día); Age (Mín 12 Años)
Combinaciones de Analgésicos o Antipiréticos No Opioides/Sedantes - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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	
<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	
Antiinflamatorios - Inhibidores del Receptor del Complemento (C5) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (<i>avacopan</i>)	Nivel 4	PA
Antiinflamatorios - Bloqueadores Beta de Interleucina-1 - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML (<i>canakinumab/pf</i>)	Nivel 4	PA
Antiinflamatorio - Antagonista del Receptor de Interleucina-1 - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG (<i>rilonacept</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Antiinflamatorios, No Selectivos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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
Agentes Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Antiinflamatorio, TNF-alfa Sel - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	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 (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FAME (DMARD) - Agentes Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Antiinflamatorios - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</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
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 (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
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
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (<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
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
FAME (DMARD) - Antipalúdicos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
FAME (DMARD) - Antimetabolitos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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)
FAME (DMARD) - Antiinflamatorios, Selecto. Modulador de Coestimulación, Inhibidor de Células T. - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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
FAME (DMARD) - Agentes Dirigidos a Células B - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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
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
FAME (DMARD) - Compuestos de Oro - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (<i>auranofin</i>)	Nivel 3	
FAME (DMARD) - Inmunosupresores - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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</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/ML)	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<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	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	
FAME (DMARD) - Antagonista del Receptor de Interleucina-1 (IL-1Ra) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML (<i>anakinra</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Inhibidores del Receptor de Interleucina-6 (IL-6), Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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
FAME (DMARD) - Inhibidores de Janus Kinasa (JAK) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (<i>baricitinib</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
FAME (DMARD) - Otro - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (<i>penicillamine</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
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	
FAME (DMARD) - Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 (PDE4) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (<i>apremilast</i>)	Nivel 4	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (19) (<i>apremilast</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Inhibidores de la Síntesis de Pirimidina - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Inmunomodulador - Inhibidor de Rho Kinase - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG (<i>belumosudil mesylate</i>)	Nivel 4	PA
Inmunomodulador Estimulador de Linfocitos B (BLyS) Inhibidor Especifico MCAB - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Combinaciones de Analgésicos AINE (NSAID) y Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Nivel 1	
Analgésicos AINE (NSAID), Inhibidores Selectivos de la Ciclooxygenasa-2 (COX-2) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Antranílico - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>meclofenamate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Otros - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados de Oxicam - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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	
Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Fenilacético - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Propiónico - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Indol Acético - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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	
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Analgésicos y Sedantes con Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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	
Combinaciones de Analgésicos con Alicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>choline,magnesium salicylate oral liquid 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Analgésicos de Salicilato - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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
<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
Anestésicos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre		
Anestésico, Combinaciones No Parenterales de Benzodiazepinas y Antieméticos - Medicamentos para Sedación		
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN) SUBLINGUAL TROCHE 3-25-2 MG (<i>midazolam/ketamine hcl/ondansetron hcl</i>)	Nivel 1	
Anestésico General - Inhalante Volátil - Medicamentos para Sedación		
<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Nivel 1	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid</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>isoflurane</i> (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Nivel 1	
Anestésico General - Parenteral, Benzodiazepinas - Medicamentos para Sedación		
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
Complementos Anestésicos Generales - Opioides - Medicamentos para Sedación		
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
Anestésico Local - Amidas - Medicamentos para Sedación		
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Nivel 1	
<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	
Preparaciones Anorrectales - Preparaciones Rectales		
Agentes para el Tratamiento/el Dolor de la Fisura Anal - Nitratos - Preparaciones Rectales		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Nivel 1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 3	
Anorrectal - Glucocorticoides - Preparaciones Rectales		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Anorrectal - Combinación de Anestésico Local con Glucocorticoides Rectales Hemorroidales - Preparaciones Rectales		
ANA-LEX KIT RECTAL KIT 2-2 % (<i>hydrocortisone acetate/lidocaine hcl/aloe vera</i>)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %</i> , 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)	Nivel 1	
<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 %</i> , 3-1 % (7 gram)	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	
Antídotos y otros Agentes de Reversión - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
Antídoto - Envenenamiento por Acetaminofén - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %)</i> , 200 mg/ml (20 %)	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
Antídoto - Agente Reactivador de Colinesterasa - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<i>pralidoxime intramuscular pen injector 600 mg/2 ml</i>	Nivel 3	
Antídoto - Agente Reactivador de Colinesterasa y Antagonista Muscarínico - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
DUODOTE INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 600-2.1 MG/2ML-MG/0.7ML (<i>pralidoxime chloride/atropine sulfate</i>)	Nivel 3	
Antídoto - Envenenamiento por Cianuro - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Nivel 1	
Antídoto - Agentes Radiactivos - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (<i>prussian blue (insoluble)</i>)	Nivel 3	
Antídoto Otros - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
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	
Agentes Quelantes - Cobre - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>trientine oral capsule 500 mg</i>	Nivel 4	PA
Agentes Quelantes - Hierro - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<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
<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
Agentes Quelantes - Envenenamiento por Plomo - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (<i>succimer</i>)	Nivel 3	
Antagonistas de los Receptores Opioides Mu, de Acción Periférica - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<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)
Agentes de Reversión de Opioides - Antagonistas de Opioides - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML (<i>naloxone hcl</i>)	Nivel 3	QL (2 ML por 30 días)
Agentes Antiinfecciosos		
Antirretrovirales - Inhibidores de la Cápsida		
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
Agentes Antiinfecciosos - Medicamentos para Infección		
Amebicidas - Medicamentos para Parásitos		
<i>paramomycin oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Antibiótico Aminoglucósido - Antibióticos		
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	
Antibióticos Aminometilciclina - Antibióticos		
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (<i>omadacycline tosylate</i>)	Nivel 3	PA
Antibiótico Aminopenicilina - Antibióticos		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 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>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	
Antibiótico Aminopenicilina - Combinaciones de Inhibidores de Betalactamasa - Antibióticos		
<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	
Agentes Antihelmínticos - Derivados de Bencimidazol - Medicamentos para Parásitos		
<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
Agentes Antihelmínticos - Lactonas Macroclínicas - Medicamentos para Parásitos		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antihelmínticos Otros - Medicamentos para Parásitos		
<i>praziquantel oral tablet 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
Antagonista Antibacteriano del Folato - Otras Combinaciones - Antibióticos		
<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	
Antagonista del Folato antibacteriano Otros - Antibióticos		
PRIMSOL ORAL SOLUTION 50 MG/5 ML (<i>trimethoprim</i>)	Nivel 2	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
Derivados Antibacterianos del Nitrofurano - Antibióticos		
<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
Antibacteriano Otros - Antibióticos		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
Antimicóticos - Alilaminas - Medicamentos Antifúngicos		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
Antimicóticos - Macrólidos Poliénicos Anfóteros - Medicamentos Antifúngicos		
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	Nivel 1	
Antimicóticos - Agentes Fluorados Tipo Pirimidina - Medicamentos Antifúngicos		
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antifúngico - Inhibidor de la Síntesis de Glucano, Triterpenoide - Antibióticos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (<i>ibrexafungerp citrate</i>)	Nivel 3	PA
Antifúngico - Inhibidores de la Síntesis de Glucano - Antibióticos		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (<i>ibrexafungerp citrate</i>)	Nivel 3	PA
Antimicóticos - Imidazoles - Medicamentos Antifúngicos		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ORAVIG BUCCAL MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 50 MG (<i>miconazole</i>)	Nivel 3	
Antimicóticos - Tetrazoles - Medicamentos Antifúngicos		
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>oteseconazole</i>)	Nivel 3	PA
Antimicóticos - Triazoles - Medicamentos Antifúngicos		
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	
Otros Antifúngicos - Medicamentos Antifúngicos		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Ayuvantes Inmunológicos Antiinfecciosos - Interferones - Medicamentos para Infecciones		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (<i>interferon gamma-1b, recomb.</i>)	Nivel 4	PA
Antilepróticos - Inmunomoduladores - Antibióticos		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (<i>thalidomide</i>)	Nivel 4	PA
Antilepróticos - Sulfonas - Antibióticos		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones Antipalúdicas - Medicamentos para Parásitos		
<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	
Antipalúdicos - Medicamentos para Parásitos		
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
Agentes Antiprotozoarios - Derivados del Nitrofurano - Medicamentos para Parásitos		
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG (<i>nifurtimox</i>)	Nivel 3	
Agentes Antiprotozoarios - Derivados del Nitroimidazol - Medicamentos para Parásitos		
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antiprotozoarios - Otros - Medicamentos para Parásitos		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG (<i>miltefosine</i>)	Nivel 2	PA
Agentes Antiprotozoarios (Antiparasitarios) - Derivados de 5-Nitrotiazolilo - Medicamentos para Parásitos		
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)
Antiprotozoario-Antibacteriano de 1ª Generación 2-metil-5-nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antiprotozoario-Antibacteriano 2ª Generación 2-metil-5-nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones		
SOLOSEC ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 2 GRAM (<i>secnidazole</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antirretroviral - Anticuerpo Monoclonal Anti-CD4 Dominio 2 - Medicamentos para Infecciones Virales		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) (<i>ibalizumab-uiyk</i>)	Nivel 2	PA
Antirretroviral - Antagonista del Correceptor CCR5 - Medicamentos para Infecciones Virales		
<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)
Antirretrovirales - Inhibidores de la Fijación de CD4 - Medicamentos para Infecciones Virales		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG (<i>fostemsavir tromethamine</i>)	Nivel 2	PA
Antirretroviral - Inhibidores de la Fusión del VIH-1 - Medicamentos para Infecciones Virales		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG (<i>enfuvirtide</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
Antirretroviral - Inhibidores de la Transferencia de Hebras de la Integrasa del VIH-1 - Medicamentos para Infecciones Virales		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (<i>cabotegravir</i>)	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 3, SUMINISTRO DIARIO LIMITADO A 21, 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 SE LIMITA A 3, SUMINISTRO DIARIO LIMITADO A 21, 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)
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Nivel 2	QL (6 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
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)
Antirretroviral - Combinaciones de Inhibidor de la Integrasa y NNRTI - Medicamentos para Infecciones Virales		
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)
Antirretroviral - Combinaciones de Inhibidor de la Integrasa y NRTI - Medicamentos para Infecciones Virales		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG (<i>dolutegravir sodium/lamivudine</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
Antirretroviral - Inhibidor de la Transcriptasa Inversa No Nucleósido (NNRTI) - Medicamentos para Infecciones Virales		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (<i>rilpivirine hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<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)
<i>nevirapine oral tablet 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>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	
Antirretroviral - Combinaciones de ITR de Nucleósidos y Análogos de Nucleótidos - Medicamentos para Infecciones Virales		
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
Antirretrovirales - Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INTI) - Medicamentos para Infecciones Virales		
<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>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	QL (1 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, 30 mg, 40 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)
Antirretrovirales - Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleótidos - Medicamentos para Infecciones Virales		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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)
Combinaciones de Antirretrovirales - Inhibidores de Proteasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (<i>atazanavir sulfate/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)
Antirretrovirales - Análogos de Nucleósidos y Nucleótidos, Inhibidores de Proteasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG (<i>darunavir eth/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
Inhibidor de Integrasa Antirretroviral, Combinación de ITR de Nucleósidos y Nucleótidos - Medicamentos para Infecciones Virales		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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)
Análogos de Nucleósidos Antirretrovirales y Combinaciones de Inhibidores de la Integrasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
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)
Combinación de Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Antirretrovirales y Nucleósidos (INTI) (NRTI) - Medicamentos para Infecciones Virales		
<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)
Antirretrovirales-Nucleósidos, Análogos de Nucleótidos y RTI No Nucleósidos - Medicamentos para Infecciones Virales		
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-tenofov 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)
Antituberculoso - Análogos del Ácido Aminobenzoico - Antibióticos		
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM (<i>aminosalicylic acid</i>)	Nivel 3	
Antituberculoso - Análogos de D-alanina - Antibióticos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Antituberculoso - Antibióticos Diarilquinolina - Antibióticos		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (<i>bedaquiline fumarate</i>)	Nivel 4	PA
Antituberculosos - Derivados del Ácido Isonicotínico - Antibióticos		
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Antituberculosos - Derivados de Niacinamida - Antibióticos		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antituberculosos - Derivados del Nitroimidazol - Antibióticos		
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
Antituberculosos - Rifamicina y Derivados - Antibióticos		
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	
Otros Agentes Antituberculosos - Antibióticos		
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG (<i>ethionamide</i>)	Nivel 3	
Combinaciones de Antibióticos Carbapenémicos - Antibióticos		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Cefalosporinas - 1.^a Generación - Antibióticos		
<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	
Antibióticos Cefalosporinas - 2.^a Generación - Antibióticos		
<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	
Antibióticos Cefalosporinas - 3.^a Generación - Antibióticos		
<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	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 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
Agente Antiviral CMV - Análogos de Nucleósidos - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	Nivel 1	
Agente Antiviral CMV - Inhibidores de la Proteína Quinasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG <i>(maribavir)</i>	Nivel 4	PA
Agente Antiviral CMV - Inhibidores del Complejo de Terminasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG <i>(letermovir)</i>	Nivel 3	PA
Antibióticos Fluoroquinolonas - Antibióticos		
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	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Glicopéptidos - Antibióticos		
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (56 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>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)
Tratamiento de la Hepatitis B - Análogos de Nucleósidos (Antivirales) - Medicamentos para Infecciones Virales		
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)
Tratamiento de la Hepatitis B - Análogos de Nucleótidos (Antivirales) - Medicamentos para Infecciones Virales		
<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)
Hepatitis C - Interferones - Medicamentos para Infecciones Virales		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Hepatitis C - Combinación de Inhibidor de NS5A e Inhibidor de Proteasa NS3/4A - Medicamentos para Infecciones Virales		
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
Hepatitis C - Proteasa NS5A, NS3/4A, Combinación de Inhibidor de Polimerasa Nucleo.NS5B - Medicamentos para Infecciones Virales		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (<i>sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir</i>)	Nivel 4	PA
Hepatitis C - Combinaciones de Polimerasa NS5B e Inhibidor de NS5A - Medicamentos para Infecciones Virales		
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
Hepatitis C - Inhibidores de la Polimerasa NS5B Análogos de Nucleós(t)idos - Medicamentos para Infecciones Virales		
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG, 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Nivel 4	PA
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Nivel 4	PA
Hepatitis C - Análogos de Nucleósidos - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>ribavirin oral capsule 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
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
Agente Antiviral Contra el Herpes - Análogos de Purina - Medicamentos para Infecciones Virales		
<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	
Agente Antiviral Contra el Herpes - Análogos de Timidina - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antivirales Contra la Influenza - Inhibidores de la Neuraminidasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
<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)
Agentes Antivirales Contra la Influenza - Inhibidor de la Endonucleasa PA - Medicamentos para Infecciones Virales		
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)
Agentes Antivirales de la Influenza A - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Lincosamida - Antibióticos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 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>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	
Antibióticos Macrólidos - Antibióticos		
<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	
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Varios Antiinfecciosos - Medicamentos para Infecciones		
<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	
Combinaciones Antiinfecciosas Varias - Medicamentos para Infecciones		
<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	
Antibióticos Oxazolidinona - Antibióticos		
<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)
Antibiótico Penicilina - Natural - Antibióticos		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Antibiótico Penicilina - Resistente a la Penicilinasas - Antibióticos		
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Pleuromutilina - Antibióticos		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (<i>lefamulin acetate</i>)	Nivel 3	PA
Inhibidores de Proteasa (No Peptídicos) Antirretrovirales - Medicamentos para Infecciones Virales		
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)
Inhibidores de Proteasa (Peptídicos) Antirretrovirales - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<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 POWDER IN PACKET 100 MG (<i>ritonavir</i>)	Nivel 2	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
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	
Agentes Antivirales del Virus Sincitial Respiratorio (VRS) - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	Nivel 1	
Rifamicinas y Antibióticos Derivados Relacionados - Antibióticos		
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
Agente Antiviral SARS-CoV-2 - Principales Inhibidores de la Proteasa (Mpro) - Medicamentos para Infecciones		
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)
Agente Antiviral SARS-CoV-2 - Inhibidores de la ARN Polimerasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG (<i>molnupiravir</i>)	\$0	QL (40 EA por 29 días); Edad (Mín 18 Años)
Antibiótico Sulfonamida - Antibióticos		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos de Tetraciclina - Antibióticos		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	QL (2 EA por 1 día)
<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, 150 mg, 50 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, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<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	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxyne NI Oral Capsule 75 Mg)	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (<i>omadacycline tosylate</i>)	Nivel 3	PA
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antivirales del Virus Variola (Viruela) - Medicamentos para Infecciones Virales		
TEMBEXA ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (<i>brincidofovir</i>)	Nivel 2	
TEMBEXA ORAL TABLET 100 MG (<i>brincidofovir</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
TPOXX (NATIONAL STOCKPILE) ORAL CAPSULE 200 MG (<i>tecovirimat</i>)	Nivel 2	
Antineoplásicos		
Antineoplásico - AKT (Proteína Quinasa B (PKB)) Inhibidor		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (<i>capivasertib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Gamma-Secretase Inhibidor (GSI)		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (<i>nirogacestat hydrobromide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Janus Kinase (JAK), inhibidores de ACVR1/ALK2		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (<i>momelotinib dihydrochloride</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico – Inhibidores de la Ornitina Descarboxilasa (ODC)		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG (<i>eflornithine hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Combinaciones de Inhibidor de PARP y Antiandrógeno		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG (<i>niraparib tosylate/abiraterone acetate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Conjunción Disruptora de Microtúbulos y Anticuerpo Dirigido alfa Antineoplásico-FR		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (<i>mirvetuximab soravtansine-gynx</i>)	Nivel 4	PA
Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido a CD20		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido a DLL3		
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG (<i>tarlatamab-dlle</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Medicamentos para el Cáncer		
ANP - Anticuerpo Rec-MC Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular Humano - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásico-Epidérmico.Factor de Crecimiento-EGFR (ErbB1),HER2 (ErbB2)R.Inhib - Medicamentos para el Cáncer		
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Anticuerpo MC Inhibidor del Receptor EGFR y MET Biespecífico - Medicamentos para el Cáncer		
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>amivantamab-vmjw</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Inhibidor de CYP17 (17 alfa-hidroxisilasa/C17,20-liasa) - Medicamentos para el Cáncer		
<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
Antineoplásico - Inhibidor de la Tirosina Quinasa EGFR de 1ra Generación- Medicamentos para el Cáncer		
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antineoplásico - Inhibidor de la Tirosina Quinasa EGFR de 2da Generación - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásico - Inhibidor de la Tirosina Auinasa EGFR de 3ra Generación - Medicamentos para el Cáncer		
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (<i>osimertinib mesylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Agente Alquilante - Alquilsulfonatos - Medicamentos para el Cáncer		
<i>busulfan intravenous solution 60 mg/10 ml</i>	Nivel 4	
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (<i>busulfan</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásico - Agente Alquilante - Etileniminas y Metilmelaminas - Medicamentos para el Cáncer		
TEPADINA INJECTION RECON SOLN 100 MG (<i>thiotepa</i>)	Nivel 4	
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg, 15 mg</i>	Nivel 4	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Metilhidracinas - Medicamentos para el Cáncer		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (<i>procarbazine hcl</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásico - Agente Alquilante - Mostazas Nitrogenadas - Medicamentos para el Cáncer		
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EVOMELA INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG (<i>melphalan 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>melphalan hcl intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Nitrosoureas - Medicamentos para el Cáncer		
<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	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Otros - Medicamentos para el Cáncer		
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	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Triazenos - Medicamentos para el Cáncer		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa del Linfoma Anaplásico (ALK) - Medicamentos para el Cáncer		
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
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
Antineoplásicos - Antiadrenales - Medicamentos para el Cáncer		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (<i>mitotane</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásicos - Antiandrógenos - Medicamentos para el Cáncer		
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Antineoplásico - Combinaciones de Antibióticos y Antimetabolitos - Medicamentos para el Cáncer		
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG (<i>daunorubicin/cytarabine liposomal</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Conjugados Anticuerpo-Fármaco (ADC) - Medicamentos para el Cáncer		
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG (<i>brentuximab vedotin</i>)	Nivel 4	PA
BESPOUSA 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
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos del Ácido Fólico - Medicamentos para el Cáncer		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
<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)
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos de Purina - Medicamentos para el Cáncer		
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	Nivel 4	
<i>clofarabine intravenous solution 1 mg/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>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
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos de Pirimidina - Medicamentos para el Cáncer		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados de la Urea - Medicamentos para el Cáncer		
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	OCH
Antineoplásicos - Antimetabolitos - Combinaciones de Análogos de Pirimidina - Medicamentos para el Cáncer		
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG (<i>trifluridine/tipiracil hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Anticuerpos Monoclonales Anti-PD-1 y Anti-LAG-3 - Medicamentos para el Cáncer		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML (<i>nivolumab-relatlimab-rmbw</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Anti-SLAMF7 - Medicamentos para el Cáncer		
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG (<i>elotuzumab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Inhibidores de la Aromatasa - Medicamentos para el Cáncer		
<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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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
Antineoplásico - Compuestos de Arsénico - Medicamentos para el Cáncer		
<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	
Antineoplásicos - Gentes de Terapia Enzimática Asparaginasa - Medicamentos para el Cáncer		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION 750 UNIT/ML (<i>calaspargase pegol-mknl</i>)	Nivel 4	PA
ERWINASE INJECTION RECON SOLN 10,000 UNIT (<i>asparaginase (erwinia chrysanthemi)</i>)	Nivel 4	
ONCASPARG 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
Antineoplásicos - Inhibidores del Linfoma de Células B-2 (BCL-2) - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa BRAF - Medicamentos para el Cáncer		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG (<i>encorafenib</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
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
Antineoplásico - Inhibidor de la Tirosina Quinasa de Bruton (BTK) - Medicamentos para el Cáncer		
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
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
Antineoplásico - Antagonista del Receptor de Quimiocina CC 4 (CCR4), Rec-MAb - Medicamentos para el Cáncer		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML (<i>mogamulizumab-kpkc</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Anticuerpo Dirigido a CD19 - Conjugado de Agente Alquilante - Medicamentos para el Cáncer		
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG (<i>loncastuximab tesirine-lpyl</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
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD19 - Medicamentos para el Cáncer		
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG (<i>tafasitamab-cxix</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD20 - Medicamentos para el Cáncer		
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
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
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD38 - Medicamentos para el Cáncer		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa Dependiente de Ciclina (CDK) 4/6 - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásico - Antígeno de Linfocitos T Citotóxicos (CTLA-4), Anticuerpo R-MC - Medicamentos para el Cáncer		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>tremelimumab-actl</i>)	Nivel 4	PA
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) (<i>ipilimumab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Inhibidor del Receptor 2 del Factor de Crecimiento Epidérmico (HER2) - Medicamentos para el Cáncer		
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (<i>tucatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Epipodofilotoxinas - Medicamentos para el Cáncer		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>teniposide intravenous solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 4	
Antineoplásicos - Epotilonas y Análogos - Medicamentos para el Cáncer		
IXEMPRA INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG, 45 MG (<i>ixabepilone</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Inhibidores de la Exportina-1 (XPO1) - Medicamentos para el Cáncer		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Antineoplásico - Inhibidor de Histona Metiltransferasa (HMT) EZH2 - Medicamentos para el Cáncer		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (<i>tazemetostat hydrobromide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibición de la Quinasa del Receptor del Factor de Crecimiento de Fibroblastos (FGFR) -Medicamentos para el Cáncer		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG (<i>erdafitinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
Antineoplásicos - Inhibidores de Tirosina Quinasa 3 (FLT3) Similares a FMS - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásico - Inhibidor de la Vía Hedgehog- Medicamentos para el Cáncer		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antineoplásicos - Inhibidores de la Histona Desacetilasa (HDAC) - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásicos - Inhibidores del Factor Inducible por Hipoxia (HIF) - Medicamentos para el Cáncer		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (<i>belzutifan</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Interferones - Medicamentos para el Cáncer		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (<i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Inhibidores de la Interleucina-6 (IL-6), Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para el Cáncer		
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG (<i>siltuximab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Interleucinas - Medicamentos para el Cáncer		
PROLEUKIN INTRAVENOUS RECON SOLN 22 MILLION UNIT (<i>aldesleukin</i>)	Nivel 4	
Antineoplásicos - Inhibidores de Janus Kinase (JAK) - Medicamentos para el Cáncer		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Janus Kinase (JAK), Tirosina Quinasa Similar a FMS (FLT) Inhib - Medicamentos para el Cáncer		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antineoplásico - Inhibidor de la Proteína del Sarcoma de Rata de Kirsten (KRAS) - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásicos - Supresores Hipofisarios Análogos Agonistas de LHRH (GnRH) - Medicamentos para el Cáncer		
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG (<i>goserelin acetate</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Antagonistas de LHRH (GnRH) Supresores Hipofisarios - Medicamentos para el Cáncer		
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (<i>relugolix</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para el Cáncer		
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa MEK1 y MEK2 - Medicamentos para el Cáncer		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (<i>cobimetinib fumarate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
Antineoplásicos - Inhibidores de Microtúbulos - Medicamentos para el Cáncer		
<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
Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa mTOR - Medicamentos para el Cáncer		
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Antineoplásicos - Inhibidores Multiquinasas - Medicamentos para el Cáncer		
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
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
Antineoplásicos - Inhibidores Mutantes de la Isocitrato Deshidrogenasa 1 (mIDH1) - Medicamentos para el Cáncer		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>olutasidenib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (<i>ivosidenib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores Mutantes de la Isocitrato Deshidrogenasa 2 (mIDH2) - Medicamentos para el Cáncer		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Otros - Medicamentos para el Cáncer		
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML (<i>nogapendekin alfa inbakicept-pmln</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
Antineoplásico - Terapia con Radionúclidos Receptores de Péptidos (PRRT)- Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásicos - Inhibidores de la Fosfatidilinositol 3-quinasa (PI3K) - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásicos - Inhibidores de PI3K-alfa - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásicos - inhibidores PI3K-Delta y Gamma - Medicamentos para el Cáncer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (<i>duvelisib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores PI3K-delta - Medicamentos para el Cáncer		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>idelalisib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Complejos de Platino - Medicamentos para el Cáncer		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Antineoplásicos - Inhibidores de la Poli (ADP-ribosa) Polimerasa (PARP) - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásico - Progestágenos - Medicamentos para el Cáncer		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	OCH
Antineoplásicos - Inhibidores de la Enzima Proteasoma - Medicamentos para el Cáncer		
<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
Antineoplásicos - Inhibidores de la Proteína Tirosina Quinasa - Medicamentos para el Cáncer		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (<i>tivozanib hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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 X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2) (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (<i>nintedanib esylate</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
pazopanib oral tablet 200 mg	Nivel 4	PA; OCH
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Nivel 4	PA; OCH
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Nivel 4	PA; OCH
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Nivel 4	PA; OCH
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (midostaurin)	Nivel 4	PA; OCH
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (asciminib hydrochloride)	Nivel 4	PA; OCH
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	Nivel 4	PA; OCH
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	Nivel 4	PA; OCH
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (capmatinib hydrochloride)	Nivel 4	PA; OCH
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (nilotinib hcl)	Nivel 4	PA; OCH
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (tepotinib hcl)	Nivel 4	PA; OCH
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (pexidartinib hydrochloride)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor del Antígeno de Membrana Prostático Específico Radiomarcado - Medicamentos para el Cáncer		
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION 27 MCI/ML (1,000 MBQ/ML) (lutetium lu-177 vipivotide tetraxetan)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Análogos de Somatostatina Radiomarcados - Medicamentos para el Cáncer		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MCI/ML (370 MBQ/ML) (lutetium lu 177 dotatate)	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
Antineoplásicos - Radiofármacos - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásicos - Retinoides - Medicamentos para el Cáncer		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Nivel 4	OCH
Antineoplásicos - Degradadores Selectivos de los Receptores de Estrógeno (SERD) - Medicamentos para el Cáncer		
<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
Antineoplásicos - Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógeno (SERM)- Medicamentos para el Cáncer		
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML (<i>tamoxifen citrate</i>)	Nivel 2	OCH
<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
Antineoplásicos - Inhibidores Selectivos de la Exportación Nuclear (SINE)- Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásico - Inhibidor Selectivo de la Quinasa RET - Medicamentos para el Cáncer		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG (<i>selpercatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Agonistas Selectivos del Receptor del Retinoide X - Medicamentos para el Cáncer		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Taxanos - Medicamentos para el Cáncer		
<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	
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i>	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Análogos de Talidomida - Medicamentos para el Cáncer		
<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
Antineoplásicos - Inhibidores de la Topoisomerasa I - Medicamentos para el Cáncer		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Antineoplásico - Inhibidor del Receptor Quinasa de Tropomiosina (TRK) - Medicamentos para el Cáncer		
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
Antineoplásico - Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGFR) Antag - Medicamentos para el Cáncer		
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>ramucirumab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Alcaloides y Análogos de la Vinca - Medicamentos para el Cáncer		
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 4	
Antibiótico Antineoplásico - Actinomicinas - Medicamentos para el Cáncer		
<i>dactinomycin intravenous recon soln 0.5 mg</i>	Nivel 4	
Antibiótico Antineoplásico - Antraciclinas - Medicamentos para el Cáncer		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Antibiótico Antineoplásico - Otros - Medicamentos para el Cáncer		
<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	
<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	
Antineoplásico - Agente Alquilante-Tetrahydroisoquinolina y Derivados - Medicamentos para el Cáncer		
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (<i>trabectedin</i>)	Nivel 4	PA
ZEPZELCA INTRAVENOUS RECON SOLN 4 MG (<i>lurbinectedin</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-Anti-Ligando de Muerte Celular Programada-1 (PD-L1) MC Antib.- Medicamentos para el Cáncer		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>avelumab</i>)	Nivel 4	PA
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>durvalumab</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
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML) (<i>atezolizumab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-Anti-Receptor de Muerte Celular Programada-1 (PD-1) MC Antib. - Medicamentos para el Cáncer		
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
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
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML (<i>retifanlimab-dlwr</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-CD123-Directed Cytotoxin (IL-3 and diphth.) Conjugado - Medicamentos para en Cáncer		
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MCG/ML (<i>tagraxofusp-erzs</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-CD22 Anticuerpo Específico/Conjugado Antibiótico Citotóxico - Medicamentos para el Cáncer		
BESPONSA INTRAVENOUS RECON SOLN 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) (<i>inotuzumab ozogamicin</i>)	Nivel 4	PA
Conjugado Disruptor de Microtúbulos y Anticuerpo Dirigido Antineoplásico-CD30 - Medicamentos para el Cáncer		
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG (<i>brentuximab vedotin</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-CD33 Anticuerpo Específico y Conjugado de Antibiótico Citotóxico - Medicamentos para el Cáncer		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) (<i>gemtuzumab ozogamicin</i>)	Nivel 4	PA
Conjugado Disruptor de Microtúbulos y Anticuerpo Directo antineoplásico-CD79b - Medicamentos para el Cáncer		
POLIVY INTRAVENOUS RECON SOLN 140 MG, 30 MG (<i>polatuzumab vedotin-piiq</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico HER2 Conjugado Anticuerpo Dirigido-Inhibidor de Microtúbulos- Medicamentos para el Cáncer		
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG (<i>ado-trastuzumab emtansine</i>)	Nivel 4	PA
antineoplásico -HER2 Conjugado Inhibidor de Topoisomerasa I-Anticuerpo dirigido - Medicamentos para el Cáncer		
ENHERTU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>fam-trastuzumab deruxtecan-nxki</i>)	Nivel 4	PA
Conjugado Inhibidor de Microtúbulos y Anticuerpo dirigido Antineoplásico-nectina-4 - Medicamentos para el Cáncer		
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG (<i>enfortumab vedotin-ejfv</i>)	Nivel 4	PA
Combinación de Antineoplásico-Análogo de Pirimidina e Inhibidor de Citidina Desaminasa - Medicamentos para el Cáncer		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG (<i>decitabine/cedazuridine</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico-Factor Tisular Dir. Conjunto Disruptor Anticuerpo-Microtúbulos - Medicamentos para el Cáncer		
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG (<i>tisotumab vedotin-tftv</i>)	Nivel 4	PA
Conjugado Inhibidor de Topoisomerasa I-Anticuerpo Dirigido Antineoplásico-TROP2 - Medicamentos para el Cáncer		
TRODELVY INTRAVENOUS RECON SOLN 180 MG (<i>sacituzumab govitecan-hziy</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
Inhibidor Antineoplásico del Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A, B y PIGF) - Medicamentos para el Cáncer		
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) (<i>ziv-aflibercept</i>)	Nivel 4	PA
Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido por BCMA - Medicamentos para el Cáncer		
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML (<i>elranatamab-bcmm</i>)	Nivel 4	PA
Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido a CD19 - Medicamentos para el Cáncer		
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT 35 MCG (<i>blinatumomab</i>)	Nivel 4	PA
BLINCYTO INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MCG (<i>blinatumomab</i>)	Nivel 4	PA
Bloqueador del Subdominio II del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (HER2), Rec-MC Ab - Medicamentos para el Cáncer		
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION 420 MG/14 ML (30 MG/ML) (<i>pertuzumab</i>)	Nivel 4	PA
Bloqueador del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (tipo HER-1), Anticuerpo Rec-MC - Medicamentos para el Cáncer		
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
Bloqueador del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (tipo HER2), Anticuerpo Rec-MC - Medicamentos para el Cáncer		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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
TCR Monoclonal Inmunomovilizador Contra el Cáncer (ImmTAC)- Medicamentos para el Cáncer		
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (<i>tebentafusp-tebn</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Rescate de Metotrexato - Tipo Carboxipeptidasa G2 - Medicamentos para el Cáncer		
VORAXAZE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (<i>glucarpidase</i>)	Nivel 4	
Agentes de Rescate de Metotrexato - Medicamentos para el Cáncer		
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG, 300 MG (<i>levoleucovorin</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>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	
Agentes de Rescate de Metotrexato - Tipo Antagonista del Ácido Fólico - Medicamentos para el Cáncer		
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG, 300 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	
Agents Protectores utilizados con la Quimioterapia - Medicamentos para el Cáncer		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 GRAM/100ML (125 MG/ML) (<i>sodium thiosulfate</i>)	Nivel 4	
Agentes Protectores del Tracto Urinario Utilizados Junto con la Quimioterapia - Medicamentos para el Cáncer		
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (<i>mesna</i>)	Nivel 3	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
Antisépticos y Desinfectantes - Antisépticos y Desinfectantes		
Antisépticos - Alcoholes - Antisépticos y Desinfectantes		
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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
Antiséptico – Liberadores de Cloro - Antisépticos y Desinfectantes		
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (<i>hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluor/e.water</i>)	Nivel 3	
Antiséptico - Yodo/Yodóforos - Antisépticos y Desinfectantes		
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	
Biológicos		
Vacuna Viral – VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (VRS)		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y NO TENER HISTORIAL DE AREXVY
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 60 AÑOS DE EDAD O MÁS
Biológicos - Agentes Biológicos		
Extractos Alergénicos - Polen de Hierba - Agentes Biológicos		
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
Extractos Alergénicos - Extractos de Ácaros - Agentes Biológicos		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (<i>allergenic extract, mite-d.farinae-d.pteronysinus, standard</i>)	Nivel 2	PA
Extractos alergénicos - Polen de Malez - Agentes Biológicos		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT (<i>allergenic extract-weed pollen-short ragweed</i>)	Nivel 2	PA
Antivenenos - Antivenenos de Escorpión - Agentes Biológicos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ANASCORP INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG (<i>centruroides (scorpion) polyvalent antivenom</i>)	Nivel 3	
Anticuerpos Monoclonales Antivirales - Virus Sincitial Respiratorio (VRS)- Medicamentos para Infecciones Virales		
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
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
Antivirales Anticuerpos Monoclonales - SARS-CoV-2 Coronavirus – Agentes Biológicos		
PEMGARDA (EUA) INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/ML (<i>pemivibart</i>)	Nivel 4	PA
Productos Químicos, Alimentos, Irritantes/Alergénicos - Agentes Biológicos		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED (<i>chemical allergens</i>)	Nivel 3	
Combinaciones de Vacunas contra la Hepatitis A y la Hepatitis B - Vacunas		
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacuna Contra la Hepatitis A - Agentes Únicos - Vacunas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y I-17 AÑOS DE EDAD
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y I-17 AÑOS DE EDAD
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y I-17 AÑOS DE EDAD
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Combinaciones de Vacunas Contra la Hepatitis B - Vacunas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 6 AÑOS DE EDAD
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y DE LA EDAD DE 6 SEMANAS A 4 AÑOS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y DE LA EDAD DE 6 SEMANAS A 4 AÑOS
Vacunas Contra la Hepatitis B - Agentes Únicos - Vacunas		
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y 17 AÑOS 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
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant,isoform s,m,l/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, Y SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 EN 365 DÍAS Y 11-15 AÑOS DE EDAD| \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 3 EN 365 DÍAS, Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 40 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 3 EN 365 DÍAS, Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS, Y 17 AÑOS 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
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 11-15 AÑOS DE EDAD| \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 3 EN 365 DÍAS, Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS, Y 17 AÑOS DE EDAD O MENOS
Inmunoglobulina - Citomegalovirus (CMV) - Agentes Biológicos		
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>cytomegalovirus immune globulin (human)</i>)	Nivel 4	
Inmunoglobulina - Gammaglobulina (IgG), humana - Agentes Biológicos		
ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (<i>immune globulin,gamma (igg)-sira 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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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
Inmunoglobulina - Hepatitis B - Agentes Biológicos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Immunoglobulina- Rho(D) - Agentes Biológicos		
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	
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	
Immunoglobulina - Varicela-Zoster - Agentes Biológicos		
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2 ML (<i>varicella-zoster immune globulin/maltose</i>)	Nivel 3	
Sueros Inmunes - Agentes Biológicos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Formulaciones de Vacunas Vivas y Virus Vivos - Vacunas		
<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	
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1-12 AÑOS DE EDAD
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, g1p(8)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1.5, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 6 MESES DE EDAD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral pentavalent</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 8 MESES DE EDAD
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (<i>varicella virus vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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	
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (<i>typhoid vacc, live, attenuated</i>)	Nivel 3	
Agentes Desensibilizantes al Maní - Agentes Biológicos		
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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 X1) (<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
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
Combinaciones de Vacunas Toxoides - Vacunas		
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 7 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
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 7 AÑOS DE EDAD O MÁS
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML <i>(diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 7 AÑOS DE EDAD O MÁS
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML <i>(diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 7 AÑOS DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 6 AÑOS DE EDAD
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 6 AÑOS DE EDAD
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 4-6 AÑOS DE EDAD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 6 AÑOS DE EDAD
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML (<i>diphtheria,pertussis(acell),tetanus,polio/haemophilus b/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 6 AÑOS DE EDAD
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 4-6 AÑOS DE EDAD
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 4-6 AÑOS DE EDAD
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adult</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR EN 365 DÍAS Y 7 AÑOS DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 7 AÑOS DE EDAD O MÁS
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 7 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
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y DE LA EDAD DE 6 SEMANAS A 4 AÑOS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y DE LA EDAD DE 6 SEMANAS A 4 AÑOS
Vacuna Bacteriana - Bacilos Gramnegativos (No Entéricos) - Vacunas		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML (<i>haemophilus b conjugate vaccine(tetanus toxoid conjugate)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 4 AÑOS DE EDAD
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML (<i>haemophilus b conjugate vaccine(tetanus toxoid conjugate)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 4 AÑOS DE EDAD
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y DE LA EDAD DE 6 SEMANAS A 4 AÑOS
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (<i>typhoid vacc, live,attenuated</i>)	Nivel 3	
Vacuna Bacteriana - Cocos Gramnegativos - Vacunas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 11 A 17 AÑOS|\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 18 A 23 AÑOS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 11 A 17 AÑOS|\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 18 A 23 AÑOS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 11 A 17 AÑOS|\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 18 A 23 AÑOS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 10-25 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
Vacuna Bacteriana - Cocos grampositivos - Vacunas		
PNEUMOVAX-23 INJECTION SOLUTION 25 MCG/0.5 ML (<i>pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 4 EN 365 DIAS Y DE LA EDAD DE 2-18 AÑOS|\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (<i>pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 4 EN 365 DIAS Y DE LA EDAD DE 2-18 AÑOS|\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (diphtheria crm)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 4 EN 365 DIAS Y DE LA EDAD DE 6 SEMANAS A 18 AÑOS|\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 65 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
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (diphtheria crm)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y DE LA EDAD DE 6 SEMANAS A 18 AÑOS |\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacuna Bacteriana - Vacunas Meningocócicas Del Grupo B - Vacunas		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (<i>meningococcal group b vaccine, 4-component</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 10 A 25 AÑOS
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (<i>neisseria meningitidis group b, lipidated ffbp recombinant</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 10 A 25 AÑOS
Vacuna bacteriana - Bacilos Productores de Toxinas - Vacunas		
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	
Combinaciones de Vacunas (Bacterial y Viral) - Vacunas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y DE LA EDAD DE 6 SEMANAS A 4 AÑOS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y DE LA EDAD DE 6 SEMANAS A 4 AÑOS
Vacuna Viral - Adenovirus - Vacunas		
<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	
Vacuna Viral - COVID-19 (SARS-CoV-2) - Vacunas		
MODERNA COVID 23-24(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 MCG/0.25 ML <i>(covid vaccine 2023-24 (6 mo-11 yrs) xbb.1.5 (andusomeran)/pf)</i>	\$0	EHB
NOVAVAX COVID 2023-24(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 MCG/0.5 ML <i>(covid vacc 2023-24 xbb.1.5, recomb/adjuvant-matrix/pf)</i>	\$0	EHB
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 MCG/0.5 ML <i>(covid vacc 2023-24 (12 yrs and up) xbb.1.5 (andusomeran)/pf)</i>	\$0	EHB
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML <i>(covid vacc 2023-24 (12 yrs and up) xbb.1.5 (andusomeran)/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
Vacuna Viral – Vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) - Vacunas		
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML (<i>human papillomavirus vaccine, 9-valent/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 9 A 45 AÑOS
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>human papillomavirus vaccine, 9-valent/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 9 A 45 AÑOS
Vacuna Viral - Sarampión - Vacunas		
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 1 A 12 AÑOS
Vacuna viral - Paperas y Afines - Vacunas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 1 A 12 AÑOS
Vacuna Viral - Poliomieltis - Vacunas		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (<i>poliomyelitis vaccine, killed</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 4 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 17 AÑOS DE EDAD|\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacuna Viral - Rotavirus - Vacunas		
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, g1p(8)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1.5 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 6 MESES DE EDAD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral pentavalent</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2, SURTIR 3 EN 365 DÍAS Y 6 SEMANAS A 8 MESES DE EDAD
Vacuna Viral - Rubéola - Vacunas		
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑOS DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 A 12 AÑOS DE EDAD
Vacuna Viral - Varicela - Vacunas		
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 A 12 AÑOS DE EDAD
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 50 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
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (<i>varicella virus vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
Combinaciones Virales de Vacunas - Vacunas		
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 AÑO DE EDAD O MÁS
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 SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 1 A 12 AÑOS DE EDAD
Agentes de Terapia Cardiovascular		
Antagonista del Receptor de Endotelina-Angiotensina		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>sparsentan</i>)	Nivel 4	PA
Antagonista del Receptor PAH-Endotelina - Selective cGMP PDE5 Inhibitor Comb		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG (<i>macitentan/tadalafil</i>)	Nivel 4	PA
Agente para la Hipertensión Pulmonar - Activin Receptor IIA-Fc (ActRIIA)		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 60 MG (<i>sotatercept-csrk</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
Agentes de Terapia Cardiovascular - Medicamentos para el Corazón		
Combinaciones de Inhibidor de la ECA y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Combinaciones de Inhibidores de la ECA (ACE) y Diuréticos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Inhibidores de la ECA (ACE) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
Antagonistas de los Receptores de Aldosterona - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>eplerenone 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	
Bloqueadores Alfa-Beta - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Combinación de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (BRA) y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 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>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	
Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (ARA) - Bloqueador de los Canales de Calcio-Diurético - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Combinaciones de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (BRA) y Diurético - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Combinaciones de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II e Inhibidor de Neprilisina (ARNi) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (<i>sacubitril/valsartan</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
Bloqueadores de los Receptores de Angiotensina II (ARBs) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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
<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	
Antianginosos - Vasodilatadores Coronarios (Nitratos) - Medicamentos para la Angina		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 1	
Agentes Antianginosos y Antiisquémicos - Medicamentos para la Angina		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>vericiguat</i>)	Nivel 3	PA
Agentes Antianginosos y Antiisquémicos No Hemodinámicos - Medicamentos para la Angina		
<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)
Antiarrítmicos - Clase Ia - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
<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	
Antiarrítmico - Clase Ib - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
Antiarrítmico - Clase Ic - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antiarrítmico - Clase II - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
<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
Antiarrítmico - Clase III - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (<i>dronedarone hcl</i>)	Nivel 2	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Nivel 1	
Antiarrítmico - Clase IV - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Antihiperlipidémico - Inhibidor Similar a la Sngiopoyetina 3 (ANGPTL3), MAb - Medicamentos para el Colesterol		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION 150 MG/ML (<i>evinacumab-dgnb</i>)	Nivel 4	PA
Antihiperlipidémico - Inhibidor de la ATP-Citrato Liasa (ACLY) - Medicamentos para el Colesterol		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG (<i>bempedoic acid</i>)	Nivel 2	ST
Antihiperlipidémicos - Secuestradores de Ácidos Biliares - Medicamentos para el Colesterol		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 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>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	Nivel 1	
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
<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	
Antihiperlipidémicos - Derivados del Ácido Fóbrico - Medicamentos para el Colesterol		
<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	
Antihiperlipidémicos - Inhibidores de la HMG CoA Reductasa (Estatinas) - Medicamentos para el Colesterol		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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)
Antihiperlipidémicos - Derivados del Ácido Nicotínico - Medicamentos para el Colesterol		
<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	
Antihiperlipidémico - Tipo de Ácido Graso Omega-3 - Medicamentos para el Colesterol		
<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)
Antihiperlipidémico - Inhibidor de PCSK9, Anticuerpo Monoclonal (MAb)- Medicamentos para el Colesterol		
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
Antihiperlipidémicos - Inhibidores de PCSK9 - Medicamentos para el Colesterol		
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
Antihiperlipidémico - Inhibidor Selectivo de la Absorción de Colesterol - Medicamentos para el Colesterol		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
Antihiperlipidémico - ATP-Citrato Liasa e Inhibidor de la Absorción de Colesterol - Medicamentos para el Colesterol		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG (<i>bempedoic acid/ezetimibe</i>)	Nivel 2	ST
Inhibidor Antihiperlipidémico del Reducto HMG CoA y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para el Colesterol		
<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)
Inhibidores Antihiperlipidémicos-HMG CoA Reductores e Inhibidores de Absorción de Colesterol - Medicamentos para el Colesterol		
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 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>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA por 1 día)
Inhibición de la Proteína de Transferencia de Triglicéridos Microsomales (MTP) Antihiperlipidémica - Medicamentos para el Colesterol		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (<i>lomitapide mesylate</i>)	Nivel 4	PA
Betabloqueantes Cardíacos Selectivos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Betabloqueantes Actividad Simpaticomimética Intrínseca, Selectiva Cardíaca - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Betabloqueantes Selectivos No Cardíacos, Actividad Simpaticomimética Intrínseca - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueadores Beta No Selectivo Cardíaco - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION 4.28 MG/ML (<i>propranolol hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (360 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>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	
Antagonistas del Receptor de Bradicinina B2 - Medicamentos para el Corazón		
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>icatibant acetate</i> (Sajazir Subcutaneous Syringe 30 Mg/3 MI)	Nivel 4	PA
Bloqueadores de los Canales de Calcio - Benzotiacepinas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 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 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	
Bloqueadores de los Canales de Calcio - Dihidropiridinas - Cerebrovasculares Específicos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
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
Bloqueadores de los Canales de Calcio - Dihidropiridinas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Bloqueadores de los Canales de Calcio - Fenilalquilaminas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Inhibidor de Miosina Cardíaca - Medicamentos para el Corazón		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>mavacamten</i>)	Nivel 4	PA
Bloqueador Beta Selectivo Cardíaco-Ciurético Tiazídico y Combinaciones Relacionadas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Terapia de Anafilaxia Agentes Únicos - Fármacos para Reacciones Alérgicas Graves		
<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)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML (<i>epinephrine</i>)	Nivel 2	QL (4 EA por 1 SURTIDO)
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Fármacos para Reacciones Alérgicas Graves		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Agonistas alfa-2 Centrales-Diuréticos Tiazídicos y Combinaciones Relacionadas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	Nivel 1	
Agonistas del Receptor Central Alfa-2 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Glucósidos Digitales - Medicamentos para el Corazón		
<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	
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG) (<i>digoxin</i>)	Nivel 1	PA
Vasodilatadores de Acción Directa - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Diurético - Antagonista del Receptor de Aldosterona, No Selectivo - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diurético - Antagonista del Receptor de Aldosterona, Selectivo - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diurético - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Diurético - Bucles - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Diurético - Ahorrador de potasio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diurético - Ahorrador de Potasio, Tiazida y Combinaciones Relacionadas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Diurético - Antagonistas Selectivos del Receptor de Arginina Vasopresina V2 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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)
Diurético - Tiazidas y Afines - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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	
Inhibidores de Canales Activados por Nucleótidos Cíclicos activados por Hiperpolarización - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (<i>ivabradine hcl</i>)	Nivel 2	QL (20 ML por 1 día)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (<i>ivabradine hcl</i>)	Nivel 2	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
Antagonistas de los Receptores Muscarínicos (Anticolinérgicos) - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
ATROPEN INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 0.5 MG/0.7 ML, 1 MG/0.7 ML (<i>atropine sulfate</i>)	Nivel 3	
Bloqueador Beta Selectivo No Cardíaco-Diurético Tiazídico y Combinaciones Relacionadas. - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
Agentes HAP - Agonistas Selectivos del Receptor de Prostaciclina (IP) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
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
Bloqueadores de los Receptores Periféricos Alfa-1 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
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	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Vasodilatadores Periféricos, Agentes Únicos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>papaverine injection solution 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
Feocromocitoma, Agentes a Tratar - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Inhibidores de la Calicreína Plasmática, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Medicamentos para el Corazón		
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
Agentes Inhibidores de la Calicreína Plasmática, Proteína Recombinante - Medicamentos para el Corazón		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (1 ML) (<i>ecallantide</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Inhibidores de la Calicreína Plasmática, Molécula Pequeña - Medicamentos para el Corazón		
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (<i>berotralstat hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antihipertensivos Pulmonares - Tipo Prostaciclina - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (<i>treprostinil diolamine</i>)	Nivel 4	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (<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 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	Nivel 4	PA
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16 MCG (112)- 32 MCG (84), 16(112)-32(112) -48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG (<i>treprostinil</i>)	Nivel 4	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (<i>treprostinil</i>)	Nivel 4	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (<i>treprostinil/nebulizer and accessories</i>)	Nivel 4	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (<i>treprostinil/nebulizer accessories</i>)	Nivel 4	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (<i>treprostinil/nebulizer and accessories</i>)	Nivel 4	PA
VELETRI INTRAVENOUS RECON SOLN 0.5 MG, 1.5 MG (<i>epoprostenol sodium</i>)	Nivel 4	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (<i>iloprost tromethamine</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antihipertensivos Pulmonares - Estimulador de Guanilato Ciclasa Soluble - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG (<i>riociguat</i>)	Nivel 4	PA
Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas del Receptor de Endotelina - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 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>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
Hipertensión Arterial Pulmonar - Inhibidores Selectivos de cGMP-PDE5 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<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
Inhibidor de Renina Directo - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Vasodilatadores - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes del Sistema Nervioso Central - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
Agentes para Tratar las Cefaleas en Racimos Episódicas - Medicamentos para Migrañas		
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Nivel 2	PA
Agente Ansiolítico - Tipo Antihistamínico - Medicamentos para la Ansiedad		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Agente Ansiolítico - Benzodiacepinas - Medicamentos para la Ansiedad		
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>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/MI)	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/MI)	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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agente Ansiolítico - Tipo Dicarbamato - Medicamentos para la Ansiedad		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Agente Ansiolítico - No Benzodiacepina - Medicamentos para la Ansiedad		
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivos - Antagonistas del Receptor de Glutamato Tipo AMPA - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (<i>perampanel</i>)	Nivel 3	ST; QL (680 ML por 28 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (<i>perampanel</i>)	Nivel 3	ST; QL (30 EA por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (<i>perampanel</i>)	Nivel 3	ST; QL (120 EA por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (<i>perampanel</i>)	Nivel 3	ST; QL (60 EA por 30 días)
Anticonvulsivos - Barbitúricos y Derivados - Medicamentos para Convulsiones/Trastorno de Personalidad/Neuralgia		
<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	
Anticonvulsivante - Benzodiacepinas - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Anticonvulsivo - Tipo Cannabinoide - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cannabidiol (cbd)</i>)	Nivel 4	ST
Anticonvulsivos - Carbamatos - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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)
Anticonvulsivante - Derivados del Ácido Carboxílico - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Anticonvulsivo - Aminoácido Funcionalizado - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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)
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	
Anticonvulsivo - Análogos de GABA - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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	
Anticonvulsivo - Inhibidor de la Recaptación de GABA, Derivados del Ácido Nipecótico - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Anticonvulsivo - Inhibidor de la GABA Transaminasa (GABA-T) - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
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
<i>vigabatrin</i> (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 4	PA
Anticonvulsivo - Hidantoínas - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Anticonvulsivante - Derivados del Iminostilbeno - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	Nivel 3	ST; 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	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 1	
<i>carbamazepine</i> (Epitol 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	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	Nivel 3	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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 1	
Anticonvulsivante - Derivados Monosacáridos - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
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 per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<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	
Anticonvulsivo - Modulador del Receptor Esteroide Neuroactivo GABA-A - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (<i>ganaxolone</i>)	Nivel 4	PA
Anticonvulsivante - Derivados de Feniltiazina - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Anticonvulsivo - Derivados de Pirrolidina - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
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	
Anticonvulsivante - Succinimidas - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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	
Anticonvulsivante - Derivados de Sulfonamida - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
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	
Anticonvulsivante - Derivados del Triazol - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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)
Anticonvulsivos Otros - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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) (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	ST; 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	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antidepresivo -Antagonistas de los Receptores Alfa-2 (NaSSA) - Medicamentos para la Depresión		
<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	
Antidepresivo - Inhibidor de la MAO No Selectivo e Irreversible- Tipos A,B -Medicamentos para la Depresión		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antidepresivo - Combinaciones de Antagonistas del Receptor NMDA y NDRI - Medicamentos para la Depresión		
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG (<i>dextromethorphan hbr/bupropion hcl</i>)	Nivel 3	PA
Antidepresivo - Modulador del Receptor Esteroide Neuroactivo GABA-A - Medicamentos para la Depresión		
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
Antidepresivo - Antagonista del Receptor de N-metil D-aspartato (NMDA) - Medicamentos para la Depresión		
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
Antidepresivo - Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)- Medicamentos para la Depresión		
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Antidepresivo - Inhibidores de la Recaptación de Antagonistas de Serotonina-2 (SARI) - Medicamentos para la Depresión		
<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	
Antidepresivo - Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN)- Medicamentos para la Depresión		
<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	ST; 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	ST; 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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Antidepresivo - ISRS y Agonista Parcial 5HT1A - Medicamentos para la Depresión		
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST
Antidepresivo - Modulador del Receptor ISRS y Serotonina (5-HT) - Medicamentos para la Depresión		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (<i>vortioxetine hydrobromide</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antidepresivo - Combinación Tricíclica y Antipsicótica, Fenotiazina - Medicamentos para la Depresión		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - Combinaciones Tricíclicas y Benzodiazepinas - Medicamentos para la Depresión		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - ISRS y Antipsicótico Atípico, Dopamina, Antagonista de la Serotonina - Medicamentos para la Depresión		
<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)
Antidepresivos - Inhibidores de la Recaptación de Norepinefrina y Dopamina (NDRI) - Medicamentos para la Depresión		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivos - Tricíclicos y Relacionados (Inhibidores No Seleccionados de la Recaptación) - Medicamentos para la Depresión		
<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	
<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	
Antiparkinsonianos - Combinaciones Dopaminérgicas-Periféricas COMT-Inhibidores de Dopa-Descarboxilasa - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antiparkinsonianos - Combinaciones de Inhibidores de Dopaminérgico y Dopa-descarboxilasa Periférica - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<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	
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)
Adyuvante Antiparkinsoniano - Antagonista del Receptor de Adenosina - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (<i>istradefylline</i>)	Nivel 4	PA
Adyuvante Antiparkinsoniano - Inhibidores de COMT Centrales/Periféricos - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
Adyuvante Antiparkinsoniano - Inhibidores Periféricos de la COMT - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (<i>opicapone</i>)	Nivel 3	PA
Adyuvante Antiparkinsoniano - Inhibidores Periféricos de la Dopa-Descarboxilasa - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>carbidopa oral tablet 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
Terapia Antiparkinsoniana - Agentes Anticolinérgicos - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<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	
Terapia Antiparkinsoniana - Precursores de Dopamina - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
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
Terapia Antiparkinsoniana - Alcaloides del Ergot y Derivados - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Antiparkinsoniana - Inhibidor de la Monoaminooxidasa (MAO-B)- Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<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>saquinamide 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)
Terapia Antiparkinsoniana - Agentes Agonistas de la Dopamina Distintos del Ergot - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
<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)
Antipsicótico - Atyp Dopamina-Serotonina Antag Dibenzo-Oxepino Pirroles - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<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)
Antipsicótico - Dopamina-Serotonina Atípica Antag-Bencisotiazolinona - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<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	
Antipsicótico - Derivado Atípico de Dopamina-Serotonina Antag-bencisoxazol - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
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)

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antipsicótico - Derivado Atípico de Dopamina-Serotonina Antag-Butirofenona - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG (<i>lumateperone tosylate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antipsicótico - Dopamina-Serotonina Atípica Antag-Dibenzodiazepina Der - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<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)
Antipsicótico - Derivados de Butirofenona - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<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	
Antipsicótico - Derivados de la Dibenzoxazepina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
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	
Antipsicótico - Dihidroindolonas - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<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	
Antipsicótico - Derivados de Difenilbutilpiperidina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>pimozide oral tablet 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
Antipsicótico - Fenotiazinas Alifáticas - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicótico - Fenotiazinas, Piperazina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<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	
Antipsicótico - Fenotiazinas, Piperidina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicótico - Tioxantenos - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicótico -Dopamina Atípica-Serotonina Antag-Dibenzotiazepina Der - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SEROQUEL XR ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 50 MG(3)-200 MG (1)-300 MG(11) (<i>quetiapine fumarate</i>)	Nivel 3	
Antipsicótico - Dopamina Atípica, Serotonina, Antag, Tienobenzodiazepina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
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)
Agonistas Inversos Antipsicóticos-Atyp Selectivos de Serotonina 5-HT_{2A} (SSIA) - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (<i>pimavanserin tartrate</i>)	Nivel 4	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (<i>pimavanserin tartrate</i>)	Nivel 4	PA
Antipsicótico Atípico, Agonista Parcial del Receptor D₂, Serotonina 5HT Mixta - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 4	QL (2.4 ML por 42 days)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 4	QL (3.2 ML por 42 days)
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 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)
Antipsicótico-Atípico, Agonista Parcial del Receptor D3/D2-Serotonina Mixta - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
Combinaciones de Antipsicóticos, Atípicos, Dopamina, Serotonina Antag y Opioides Antag - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (<i>olanzapine/samidorphane malate</i>)	Nivel 3	PA
Déficit de Atención-Hiperactividad. Trastorno (TDAH)(ADHD) - Agonista del Receptor Alfa-2 - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención		
<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	
Déficit de Atención-Hiperactividad. Trastorno por Déficit de Atención (TDAH)(ADHD) - Agonista del Receptor alfa-2 - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención		
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 oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Nivel 1	ST; QL (450 ML por 30 días)
<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)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG (<i>methylphenidate</i>)	Nivel 3	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>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 days)
<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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 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>methylphenidate hcl oral tablet, chewable</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour</i> 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr	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 CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día);
VYVANSE ORAL TABLET, CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Terapia para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (ADHD), Tipo NRI - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención		
<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)
Benzodiacepinas - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/MI)	Nivel 1	
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	Nivel 1	
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)	Nivel 1	
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	Nivel 1	
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg	Nivel 1	
estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg	Nivel 1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/MI)	Nivel 1	
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	Nivel 1	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml	Nivel 1	
midazolam injection solution 5 mg/ml	Nivel 1	
midazolam oral syrup 10 mg/5 ml (2 mg/ml)	Nivel 1	
midazolam oral syrup 2 mg/ml	Nivel 1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg	Nivel 1	
quazepam oral tablet 15 mg	Nivel 1	ST
temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	Nivel 1	
triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 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
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)
Agentes de Terapia Bipolar -Tipo Anticonvulsivos - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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	
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> (Epitol Oral Tablet 200 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
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)
<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	
Agentes de Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
<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 maleate</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	
Agentes de Terapia Bipolar - Litio - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Cannabis y Cannabinoides - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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)
Estimulante del SNC - Combinaciones de Anfetaminas - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención		
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 oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Nivel 1	ST; QL (450 ML 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)
Estimulante del SNC - Anfetaminas - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención		
<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 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)
Estimulantes del SNC - Analépticos Tipo Metilxantina - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 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
Agentes para la Fibromialgia - Análogos de GABA - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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	
Agentes para la Fibromialgia - Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN) - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<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)
Agentes HSDD - Agonistas/Antagonistas Mixtos de Serotonina - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
ADDYI ORAL TABLET 100 MG (<i>flibanserin</i>)	Nivel 3	PA
Agentes HSDD - Agonista No Selectivo del Receptor de Melanocortina - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
VYLEESI SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1.75 MG/0.3 ML (<i>bremelanotide acetate</i>)	Nivel 3	PA
Hipnóticos - Agonistas de los Receptores de Melatonina M1/M2 - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (<i>tasimelteon</i>)	Nivel 4	PA
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Nivel 4	PA
Terapia para Migraña - Derivados del Ácido Carboxílico - Medicamentos para Migrañas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Terapia para Migraña - Bloqueador del Ligando CGRP, Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para Migrañas		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	Nivel 2	PA
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
Terapia para Migraña - Bloqueadores del Receptor CGRP (gepants y mAb)- Medicamentos para Migrañas		
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
Terapia para Migraña - Alcaloides del Ergot y Derivados - Medicamentos para Migrañas		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Terapia para Migraña - Combinaciones de Cornezuelo de Centeno - Medicamentos para Migrañas		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 7 días)
Terapia para Migraña - Analgésicos AINE (NSAID) (Inhibidor de la Ciclooxygenasa)- Medicamentos para Migrañas		
ELYXYB ORAL SOLUTION 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) (<i>celecoxib</i>)	Nivel 3	PA
Terapia para Migraña - Agonistas Selectivos de la Serotonina 5-HT(1)- Medicamentos para Migrañas		
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<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)
Terapia para Migraña - Agonistas Selectivos de la Serotonina 5-HT(1F) - Medicamentos para Migrañas		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>lasmiditan succinate</i>)	Nivel 2	PA
Terapia con Medicamento para los Trastornos del Movimiento - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS, DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS, DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 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 TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (<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
Terapia de Trastornos del Movimiento - Enfermedad de Huntington - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Terapia de Trastornos del Movimiento - Discinesia Tardía - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (<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
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia y la Cataplexia, Tipo Sedante, Medicamentos para Trastorno del Sueño		
LUMRYZ ORAL EXTEND RELEASE GRANULES,PACKET 4.5 GRAM, 6 GRAM, 7.5 GRAM, 9 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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Inhibidor de la Recaptación de Dopamina y NE (DNRI) - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	Nivel 3	PA
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Antagonista del Receptor H3/Agonista Inverso - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG, 4.45 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - No Simpaticomimético - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
<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)
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado de Piperidina - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
<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)
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpaticomimético, Anfetaminas - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
<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 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)
Agentes del Efecto Pseudobulbar (PBA), Tipo Antagonistas de NMDA - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG (<i>dextromethorphan hbr/quinidine sulfate</i>)	Nivel 3	PA
Sedantes-Hipnóticos - Barbitúricos - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
<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	
Sedantes-Hipnóticos - Benzodiazepinas - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
<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 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>midazolam oral syrup 2 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>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	
Sedantes-Hipnóticos - Moduladores del Receptor GABA - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
<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)
Sedantes-Hipnóticos - Antagonista del Receptor de Orexina - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
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
Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos de los Receptores Adrenérgicos Alfa2 - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (<i>dexmedetomidine hcl</i>)	Nivel 3	PA
Sedantes-Hipnóticos - Tipo de Antidepresivo Tricíclico - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
Dependencia Química, Agentes para Tratar – Medicamentos para Tratar la Adicción		
Agentes para la Abstinencia de Opioides, Tipo Agonista Adrenérgico Alfa-2 Central - Medicamentos para Tratar la Adicción a Opioides		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (<i>lofexidine hcl</i>)	Nivel 3	PA
Agentes para la Abstinencia de Opioides, Tipo Opiode - Medicamentos para Tratar la Adicción a Opioides		
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)
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
Terapia de Abstinencia de Alcohol - Tipo de Sistema Glutamato y GABA - Medicamentos para Tratar la Adicción al Alcohol		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	Nivel 1	
Terapia de Abstinencia de Alcohol - Tipo Antagonista de los Receptores de Opioides - Medicamentos para Tratar la Adicción al Alcohol		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 380 MG (<i>naltrexone microspheres</i>)	Nivel 4	
Elementos Disuasorios del Alcohol - Medicamentos para Tratar la Adicción al Alcohol		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Elementos Disuasivos para Fumar - Tipo NE e Inhibidor de la Recaptación de Dopamina (NDRI) - Medicamentos para Tratar la Adicción al Tabaquismo		
<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
Elementos Disuasivos para Fumar - Tipo Nicotina - Medicamentos para Tratar la Adicción al Tabaquismo		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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
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, Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (10 ML por 2 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
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
Elementos Disuasivos para Fumar - Agonista Parcial del Receptor Nicotínico, alfa4beta2 - Medicamentos para Tratar la Adicción al Tabaquismo		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Coadyuvantes Químicos-Farmacéuticos		
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos de Inhalación		
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	
Adyuvante Farmacéutico - Adyuvantes de Vacunas		
VAXCHORA BUFFER COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>cholera vaccine buffer component</i>)	Nivel 3	
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos		
Agentes para el Síndrome de Rett - Análogos del Lipromato (GPE)		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML (<i>trofinetide</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
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
Terapia de la Enfermedad de Alzheimer - Anticuerpo Monoclonal Dirigido a Amiloide - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
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
Terapia de la Enfermedad de Alzheimer - Inhibidores de Colinesterasa - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
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)
Terapia de la Enfermedad de Alzheimer - Antagonistas del Receptor NMDA - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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)
Thx de Alzheimer - Antag del receptor NMDA y Combinaciones Inhibidor de Colinesterasa - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
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)
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Vasodilatadores Cerebrales - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
Anticonceptivos - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
Anticonceptivo - Modulador del pH Vaginal - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (<i>lactic acid/citric acid/potassium bitartrate</i>)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Implantado - Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (<i>etonogestrel</i>)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Inyectable - Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML (<i>medroxyprogesterone acetate</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
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
Anticonceptivo Intrauterino - DIU de Cobre - Píldoras Anticonceptivas		
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM <i>(copper)</i>	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Intrauterino - DIU de Progesterona - Píldoras Anticonceptivas		
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/24 HR (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
Anticonceptivo Oral - Bifásico - Píldoras Anticonceptivas		
<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
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Ashlyna Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (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) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Jaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Kariva (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
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)	\$0	CT; EHB
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Lojaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.1 Mg-20 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Pimtree (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$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
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Simliya (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Simpesse Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Viorele (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Volnea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Oral - Monofásico - Píldoras Anticonceptivas		
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Altavera (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Amethyst (28) Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$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
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1-20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
BALCOLTRA ORAL TABLET 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
BEYAZ ORAL TABLET 3-0.02-0.451 MG (24) (4) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Charlotte 24 Fe Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal (28) Oral Tablet 0.15-0.03 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
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norgestrel-ethinyl estradiol (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)	\$0	CT; EHB
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	\$0	CT; EHB
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Estarylla Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemmyly Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$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
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Iclevia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Isibloom Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Jasmiel (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
JOLESSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91) (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Joyeaux Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Juleber Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Junel 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Junel 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel 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
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 24 Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Kaitlib Fe Oral Tablet, Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Kalliga Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1-50 (28) Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Kurvelo (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Larin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
LAYOLIS FE ORAL TABLET, CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4) (norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (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
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levora-28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1/20 (28-Day) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Loryna (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
norgestrel-ethinyl estradiol (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Mibelas 24 Fe Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$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
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Mili Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) (drospirenone/estetrol)	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	\$0	CT; EHB
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	\$0	CT; EHB
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$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
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0	CT; EHB
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Nymyo Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Portia 28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
SAFYRAL ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG (21) (7) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 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
ethinyl estradiol/drospirenone (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (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) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	\$0	CT; EHB
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Wymzya Fe Oral Tablet,Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 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
YASMIN (28) ORAL TABLET 3-0.03 MG (<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i>)	\$0	CT; EHB
YAZ (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG (<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i>)	\$0	CT; EHB
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol</i> (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Oral - Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG (<i>norethindrone</i>)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	\$0	CT; EHB
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG (<i>norgestrel</i>)	\$0	CT; EHB
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
Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Píldoras Anticonceptivas		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>l norgest/e.estradiol-e.estrad 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
Anticonceptivo Oral - Trifásico - Píldoras Anticonceptivas		
<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
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</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
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (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) (norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG (norethindrone-ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Nymyo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$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
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
Combinaciones Anticonceptivas Transdérmicas - Combinación de Estrógeno y Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	\$0	CT; EHB
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
norelgestromin/ethinyl estradiol (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
norelgestromin/ethinyl estradiol (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivos - Intravaginales, Sistémicos - Combinación de Estrógenos y Progestinas - Píldoras Anticonceptivas		
ANNOVERA VAGINAL RING 0.15-0.013 MG/24 HOUR (segesterone acetate/ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
etonogestrel/ethinyl estradiol (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
etonogestrel/ethinyl estradiol (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	\$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>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
Anticonceptivos de Emergencia - Píldoras Anticonceptivas		
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Anticonceptivos de Emergencia - Tipo Agonista/Antagonista de Progesterona - Píldoras Anticonceptivas		
ELLA ORAL TABLET 30 MG (<i>ulipristal acetate</i>)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivos de Emergencia - Tipo de Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
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
<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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	\$0	CT; EHB
Espermicidas - Píldoras Anticonceptivas		
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
Dermatológico		
Agentes de Crecimiento del Cabello - Inhibidor de Quinasa		
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (<i>ritilecitinib tosylate</i>)	Nivel 4	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (<i>baricitinib</i>)	Nivel 4	PA
Dermatológico - Medicamentos para la Piel		
Terapia del Acné Sistémica - Retinoides y Derivados - Medicamentos para la Piel		
<i>isotretinoin</i> (Accutane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
<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	
Terapia Tópica del Acné - Inhibidores de los Receptores de Andrógenos - Medicamentos para la Piel		
WINLEVI TOPICAL CREAM 1 % (<i>clascoterone</i>)	Nivel 3	PA
Terapia del Acné Tópica - Antiinfecciosa - Medicamentos para la Piel		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
azelaic acid topical gel 15 %	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Nivel 3	ST
clindamycin phosphate topical foam 1 %	Nivel 1	
clindamycin phosphate topical gel 1 %	Nivel 1	
clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %	Nivel 1	ST
clindamycin phosphate topical lotion 1 %	Nivel 1	
clindamycin phosphate topical solution 1 %	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	Nivel 1	
dapsone topical gel 5 %	Nivel 1	
dapsone topical gel with pump 7.5 %	Nivel 1	ST
erythromycin base in ethanol (Ery Pads Topical Swab 2 %)	Nivel 1	
erythromycin with ethanol topical gel 2 %	Nivel 1	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Nivel 2	
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 3	
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	Nivel 1	
Terapia del Acné Tópica – Otras Combinaciones Antiinfecciosas - Medicamentos para la Piel		
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapsone/niacinamide)	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
Terapia del Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosas y Queratolíticas - Medicamentos para la Piel		
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	
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 %, 9.8-4.8 %</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 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Terapia Tópica del Acné - Combinaciones Antiinfecciosas y Retinoides - Medicamentos para la Piel		
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % (<i>adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate</i>)	Nivel 3	
CABTREG 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	
DEOXIATAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (<i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
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	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIADMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIADMTAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/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
Terapia Tópica del Acné - Queratolítico - Medicamentos para la Piel		
<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	
Terapia Tópica del Acné - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % (<i>benzoyl peroxide/hydrocortisone</i>)	Nivel 2	
Terapia Tópica del Acné - Combinaciones de Retinoides Otros - Medicamentos para la Piel		
<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	
Terapia Tópica del Acné - Retinoides y Derivados - Medicamentos para la Piel		
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Antipsoriático - Retinoide (Derivado de la Vitamina A) - Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel		
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % (<i>halobetasol propionate/tazarotene</i>)	Nivel 3	ST; QL (200 GM por 28 días)
Antipsoriático - Análogo de Vitamina D - Combinaciones de Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel		
<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
Agentes Antipsoriáticos - Inhibidores de Interleucina 12 e IL- 23, Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Interleucina-23 (IL-23), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel		
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
Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Receptor de Interleucina-36 (IL-36), MC - Medicamentos para la Piel		
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
Agentes Antipsoriáticos - Inhibidor de Tirosina Quinasa 2 (TYK2) - Medicamentos para la Piel		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (<i>deucravacitinib</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Interleucina-17 (IL-17), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 4	PA
Dermatitis - Inhibidores de Janus Kinase (JAK) - Medicamentos para la Piel		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agentes para la Dermatitis Sistémica - Inhibidores de la Interleucina-13 MAb - Medicamentos para la Piel		
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (<i>tralokinumab-ldrm</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para la Dermatitis, MAb Antagonista del Receptor Alfa de IL-4 Sistémico (IL-4Ra) - Medicamentos para la Piel		
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
Agentes Tópicos para Dermatitis o Eccema -Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 - Medicamentos para la Piel		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % (<i>crisaborole</i>)	Nivel 2	ST
Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Medicamentos para la Piel		
<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)
Dermatológico - Antibacteriano Otro - Medicamentos para la Piel		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>silver nitrate topical solution 10 %, 25 %, 50 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Derivados Antibacterianos de la Pleuromutilina - Medicamentos para la Piel		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT 1 % (<i>retapamulin</i>)	Nivel 3	ST
Dermatológico - Quinolonas Antibacterianas - Medicamentos para la Piel		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % (<i>ozenoxacin</i>)	Nivel 3	ST
Dermatológico - Agente Antibacteriano y Antifúngico con Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel		
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Combinaciones de Antibacterianos y Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel		
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
Dermatológico - Agentes Anticolinérgicos para el Tratamiento de la Hiperhidrosis - Medicamentos para la Piel		
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
Dermatológico - Alilaminas Antifúngicas - Medicamentos para la Piel		
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>naftifine topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM 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>naftifine topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Macrólidos Poliénicos Anfóteros Antimicóticos - Medicamentos para la Piel		
<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	
<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	
Dermatológico - Bencilaminas Antifúngicas - Medicamentos para la Piel		
MENTAX TOPICAL CREAM 1 % (<i>butenafine hcl</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngicas Otros - Medicamentos para la Piel		
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	
Dermatológico - Hidroxipiridinona Antifúngica - Medicamentos para la Piel		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
HIXDEFRIMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (<i>ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine hcl</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Imidazol Antifúngico y Agentes Relacionados - Medicamentos para la Piel		
<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>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM por 1 SURTIDO)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Nivel 1	QL (360 ML por 1 SURTIDO)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % (<i>ketoconazole/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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Dermatológico - Oxaborol Antifúngico - Medicamentos para la Piel		
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Nivel 1	PA
Dermatológico - Combinaciones de Antifúngicos y Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel		
<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)
Dermatológico - Agentes Alquilantes Antineoplásicos - Medicamentos para la Piel		
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % (<i>mechlorethamine hcl</i>)	Nivel 4	PA
Dermatológico - Antimetabolitos Antineoplásicos - Medicamentos para la Piel		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Nivel 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % (<i>fluorouracil</i>)	Nivel 2	
Dermatológico - Lesiones Antineoplásicas o Premalig - Antimicrotúbulos - Medicamentos para la Piel		
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (<i>tirbanibulin</i>)	Nivel 2	QL (5 EA por 1 SURTIDO)
Dermatológico - Lesiones Antineoplásicas o Premalignas - AINE (NSAID) - Medicamentos para la Piel		
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	Nivel 1	QL (100 GM por 1 SURTIDO)
Dermatológico - Retinoides Antineoplásicos - Medicamentos para la Piel		
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % (<i>alitretinoin</i>)	Nivel 4	QL (60 GM por 28 días)
Dermatológico - Agonista Antineoplásico Selectivo del Receptor del Retinoide X - Medicamentos para la Piel		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Nivel 4	PA
Dermatológico - Antitranspirantes - Medicamentos para la Piel		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % (<i>aluminum chloride</i>)	Nivel 2	
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % (<i>aluminum chloride</i>)	Nivel 2	
Dermatológico - Agentes Antipsoriáticos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Medicamentos para la Piel		
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes Sistémicos Antipsoriáticos, Derivados de la Vitamina A - Medicamentos para la Piel		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	
Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriáticos - Medicamentos para la Piel		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (<i>calcipotriene</i>)	Nivel 3	ST
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Máx 39 Años)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (<i>tazarotene</i>)	Nivel 3	Age (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
Dermatológico - Antipsoriáticos Sistémicos, Inhibidor de la Fosfodiesterasa 4 - Medicamentos para la Piel		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (<i>apremilast</i>)	Nivel 4	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (<i>apremilast</i>)	Nivel 4	PA
Dermatológico - Antiseborreico - Medicamentos para la Piel		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % (<i>selenium sulfide</i>)	Nivel 3	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % (<i>roflumilast</i>)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Antiviral, Herpes - Medicamentos para la Piel		
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico – Productos para Quemaduras - Medicamentos para la Piel		
NEXOBRID POWDER COMPONENT TOPICAL POWDER (<i>anacaulase-bcdb</i>)	Nivel 3	
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (<i>anacaulase-bcdb</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Productos para Quemaduras Antiinfecciosos - Medicamentos para la Piel		
<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	
Dermatológico - Inhibidores de Calcineurina - Medicamentos para la Piel		
NUJO TOPICAL SOLUTION 0.1 % (<i>tacrolimus</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>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
Dermatológico - Agentes Despigmentantes - Medicamentos para la Piel		
<i>hydroquinone topical cream 4 %</i>	Nivel 1	
OBAGI ELASTIDERM TOPICAL CREAM 4 % (<i>hydroquinone</i>)	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM BLENDER TOPICAL CREAM 4 % (<i>hydroquinone</i>)	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM CLEAR TOPICAL CREAM 4 % (<i>hydroquinone</i>)	Nivel 1	
Dermatológico - Combinaciones Despigmentantes - Medicamentos para la Piel		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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	
Dermatológico - Combinaciones de Emolientes Otros - Medicamentos para la Piel		
MB HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % (<i>emol53/e.water/namgfs/naphos/nacl/hypochlorous acid/nahypocl</i>)	Nivel 1	
Dermatológico - Mezclas de Emolientes - Medicamentos para la Piel		
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	
Dermatológico - Emolientes - Medicamentos para la Piel		
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</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
KERASTAT TOPICAL CREAM (<i>keratin</i>)	Nivel 3	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (<i>keratin</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Enzimas - Medicamentos para la Piel		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (<i>collagenase clostridium histolyticum</i>)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Nivel 1	ST
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
CAPEX TOPICAL SHAMPOO 0.01 % (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 3	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
<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>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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2 %</i>	Nivel 1	ST
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	Nivel 1	ST
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (<i>hydrocortisone probutate</i>)	Nivel 3	ST; QL (160 GM por 30 días)
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	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	
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (<i>hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no. 1</i>)	Nivel 2	
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (<i>betamethasone dipropionate</i>)	Nivel 3	ST
TEXACORT TOPICAL SOLUTION 2.5 % (<i>hydrocortisone</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
<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)
Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides Otros - Medicamentos para la Piel		
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	
Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides y Emolientes - Medicamentos para la Piel		
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)
Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides y Anestésicos Locales - Medicamentos para la Piel		
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	
Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides y Limpiador de la Piel - Medicamentos para la Piel		
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	
Dermatológico - Inmunomodulador - Imidazoquinolinaminas - Medicamentos para la Piel		
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
Dermatológico - Inmunomodulador - Interferones - Medicamentos para la Piel		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5 MILLION UNIT/ML (<i>interferon alfa-n3</i>)	Nivel 4	
Dermatológico - Combinaciones de Inmunomoduladores - Medicamentos para la Piel		
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (<i>imiquimod/tretinoin/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
Dermatológico - Combinaciones Queratolíticas Otros - Medicamentos para la Piel		
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	
Dermatológico - Combinaciones Queratolíticas-Antimitóticas - Medicamentos para la Piel		
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	
Dermatológico - Agentes Únicos Queratolíticos-Antimitóticos - Medicamentos para la Piel		
<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	
KERALYT SCALP COMPLETE TOPICAL KIT, SHAMPOO AND GEL 6-6 % (<i>salicylic acid</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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Nivel 1	
<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
Dermatológico - Complejo Derivado Del Hígado - Medicamentos para la Piel		
NEXAVIR INJECTION SOLUTION 25.5 MG/ML (<i>liver extract (beef-pork)</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones de Anestésicos Locales - Medicamentos para la Piel		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ANESTHETIC TOPICAL LIQUID 2-2-14 % (<i>tetracaine/benzocaine/butamben</i>)	Nivel 3	
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	
Dermatológico - Combinaciones de Gases Anestésicos Locales - Medicamentos para la Piel		
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	
Dermatológico - Agentes Únicos de Gas Anestésico Local - Medicamentos para la Piel		
<i>ethyl chloride topical aerosol, spray 100 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Inhibidores del Objetivo de la Rapamicina (mTOR) en Mamíferos - Medicamentos para la Piel		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (<i>sirolimus</i>)	Nivel 4	PA
Dermatológico - Agentes Individuales Varios - Medicamentos para la Piel		
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	
Dermatológico - Agentes Únicos AINE (NSAID) - Medicamentos para la Piel		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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)
Dermatológico - Agentes de Terapia Fotodinámica Tópico - Medicamentos para la Piel		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	Nivel 3	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones de Protectores - Medicamentos para la Piel		
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/polyethylene glycol</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Protectores - Medicamentos para la Piel		
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (<i>petrolatum,white</i>)	Nivel 1	
Dermatológico - Retinoides (Derivados de la Vitamina A) - Cosmético Tópico - Medicamentos para la Piel		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Terapia Tópica para la Rosácea - Medicamentos para la Piel		
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>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	
SOOLANTRA TOPICAL CREAM 1 % (<i>ivermectin</i>)	Nivel 1	ST
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML por 1 SURTIDO)
Dermatológico - Adhesivos para Tejidos/Heridas - Selladores de Fibrina - Medicamentos para la Piel		
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(humplas)/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	
Dermatológico - Amidas Anestésicas Locales Tópicas - Medicamentos para la Piel		
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	
<i>lidocaine hcl topical cream 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
<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	
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	
<i>lidocaine</i> (Tridacaine Ii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
Dermatológico - Ésteres Anestésicos Locales Tópicos - Medicamentos para la Piel		
ANACAINE TOPICAL OINTMENT 10 % (<i>benzocaine</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Anestésico Local Tópico Otros - Medicamentos para la Piel		
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
Dermatológico - Agentes Únicos Irritantes y Contrairritantes - Medicamentos para la Piel		
QUTENZA TOPICAL KIT 8 % (<i>capsaicin/skin cleanser</i>)	Nivel 3	PA
Matriz de Tejido Regenerativo Celular Humano - Medicamentos para la Piel		
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	
Protectores de Uñas - Medicamentos para la Piel		
GENADUR (WITH LEXINAL) KIT 2,500 MCG (<i>biotin/carbitol/equisetum xt/ethanol/hydroxypropyl chito/msm</i>)	Nivel 3	
Apósitos de Piel de Cerdo, Sin Vida - Medicamentos para la Piel		
MIRO3D TOPICAL SHEET 10 X 5 X 2 CM, 2 X 2 X 2 CM, 3 X 3 X 2 CM, 5 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	
Agentes Únicos Escabicida y Pediculicida - Medicamentos para la Piel		
<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	
Reemplazo de Piel, Apósitos de Tejido Vivo - Medicamentos para la Piel		
APLIGRAF TOPICAL DISK (<i>cultured skin substitute, human and bovine</i>)	Nivel 3	
Cuidado de Heridas – Combinaciones de Limpiadores - Medicamentos para la Piel		
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (<i>hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluo/e.water</i>)	Nivel 3	
Cuidado de Heridas - Limpiadores - Medicamentos para la Piel		
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % (<i>sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid</i>)	Nivel 3	
Cuidado de Heridas - Apósitos - Medicamentos para la Piel		
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	
SILVASORB TOPICAL GEL, EXTENDED RELEASE (<i>silver</i>)	Nivel 1	
Cuidado de Heridas - Agentes de Factores de Crecimiento - Medicamentos para la Piel		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 % (<i>becaplermin</i>)	Nivel 2	DD
Agentes de Diagnóstico		
Medios de Contraste - Bario		
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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Medios de Contraste - Iónico Yodado		
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 meglumine/diatrizoate sodium</i> (Md-Gastroview Oral Solution 66-10 %)	Nivel 1	
Medios de Contraste - No Iónico Yodado		
OMNIPAQUE ORAL SOLUTION 12 MG IODINE/ML, 9 MG IODINE/ML (<i>iohexol</i>)	Nivel 3	
Medios de Contraste - Compuestos de Hierro por Resonancia Magnética		
GASTROMARK ORAL SUSPENSION 175 MCG/ML IRON (<i>ferumoxsil</i>)	Nivel 3	
Medios de Contraste - Combinaciones de Agentes de Ultrasonido		
EXEM INTRAUTERINE INFUSION FOAM IN SYRINGE (<i>hydroxyethylcellulose/glycerin in sterile water</i>)	Nivel 3	
Diagnóstico - Pruebas de Infección		
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	
Diagnóstico – Pruebas de Orina Múltiples		
CHEK-STIX CONTROL 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
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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Diagnóstico - Otro		
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	
Diagnóstico - Monitoreo Terapéutico-Toxicología-Pruebas de Abuso		
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION ORAL KIT 600 MG (<i>saliva collection device/ibuprofen</i>)	Nivel 3	
Medicamento de Diagnóstico - Gastrointestinal Radiological Adjunct		
VUEBLU SOLUTION 0.5 % (<i>methylene blue</i>)	Nivel 3	
Medicamentos de Diagnóstico - Función Metabólica		
METOPIRONE ORAL CAPSULE 250 MG (<i>metyrapone</i>)	Nivel 4	
Medicamentos de Diagnóstico - Pulmonar		
ARIDOL BRONCHIAL CHALLENGE INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 0-5-10-20-40 MG (<i>mannitol</i>)	Nivel 3	
<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	
XENOVIEW PATIENT DOSE INHALATION GAS 1,000 ML (<i>xenon xe-129 hyperpolarized</i>)	Nivel 3	
XENOVIEW PREPARATION GAS BLEND INHALATION GAS 1,000 ML (<i>xenon xe-129 hyperpolarized</i>)	Nivel 3	
Medicamentos de Diagnóstico - Función Tiroidea		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
THYROGEN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 0.9 MG (<i>thyrotropin alfa</i>)	Nivel 4	PA
Radiofármacos de Diagnóstico - Imágenes de Perfusión Cerebral		
XENON XE-133 INHALATION GAS 370 MBQ (10 MCI), 740 MBQ (20 MCI) (<i>xenon 133 in carbon dioxide</i>)	Nivel 3	
Radiofármacos de Diagnóstico - Endocrino		
<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
Radiofármacos de Diagnóstico - Varios		
<i>kit for tc 99m-sod thiosulfate recon soln 2 mg</i>	Nivel 3	
Radiofármacos de Diagnóstico - Imágenes de Perfusión Pulmonar		
XENON XE-133 INHALATION GAS 370 MBQ (10 MCI), 740 MBQ (20 MCI) (<i>xenon 133 in carbon dioxide</i>)	Nivel 3	
Radiofármacos de Diagnóstico - Reactivos de Radiomarcaje		
<i>indium-111 chloride solution 5 mci/0.5 ml (185 mbq)</i>	Nivel 1	
Agentes de Imágenes de Fluorescencia - Tejido Cerebral Maligno		
GLEOLAN ORAL RECON SOLN 30 MG/ML (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	Nivel 3	
Medicamentos para Tratar la Disfunción Eréctil - Medicamentos para el Sistema Urinario		
Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Prostaglandinas - Medicamentos para la Disfunción Eréctil		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT 10 MCG, 20 MCG (<i>alprostadil</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 5 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
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
Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Alfabloqueante, Vasodilatador Periférico - Medicamentos para la Disfunción Eréctil		
IFE-BIMIX 30/1 INTRACAVERNOSAL SOLUTION 30 MG- 1 MG/ML (<i>papaverine hcl/phentolamine mesylate in water</i>)	Nivel 1	
Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Prostaglandina, Vasodilatador Periférico - Medicamentos para la Disfunción Eréctil		
TRI-MIX (PAPAVRN-PHNTLMN-PGE1) INTRACAVERNOSAL RECON SOLN 150 MG-5 MG- 50 MCG (<i>papaverine hcl/phentolamine mesylate/alprostadil</i>)	Nivel 3	
Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Inhibidor de Fosfodiesterasa Tipo 5 Sel.cGMP - Medicamentos para la Disfunción Eréctil		
<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>vardenafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 5 días)
<i>vardenafil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 5 días)
Terapia para los Trastornos de la Alimentación		
Antiobesidad - Agonistas duales de los Receptores GIP y GLP-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
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
Terapia para los Trastornos de la Alimentación - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
Combinaciones Anoréxicas - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
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
Suplementos Nutricionales Anorexiantes (Ayudas Dietéticas) - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
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
Anorexiantes - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>phentermine oral tablet 37.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
Antiobesidad - Agentes Reductores de la Absorción de Grasas - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
<i>orlistat oral capsule 120 mg</i>	Nivel 1	PA
Antiobesidad - Agonistas del Receptor del Péptido Similar al Glucagón-1 (GLP-1) - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
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
Antiobesidad - Agonista del Receptor de Melanocortina 4 (MC4) - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>setmelanotide acetate</i>)	Nivel 4	PA
Antiobesidad - Inhibidor de la Recaptación de Opioides/Norepinefrina y Dopamina - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8-90 MG (<i>naltrexone hcl/bupropion hcl</i>)	Nivel 3	PA
Estimulantes del Apetito - Cannabinoides - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
<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)
Estimulantes del Apetito - Tipo de Hormona Progestina - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales		
Baja de Electrolitos - Inhibidores del Intercambiador de Sodio-Hidrógeno 3 (NHE3)		
XPHOZAH ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (<i>tenapanor hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales - Medicamentos Nutricionales		
Aminoácido - Derivados de Carnitina - Medicamentos Nutricionales		
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	
Aminoácidos, Ingrediente Único, Oral (No Inyectable) - Medicamentos Nutricionales		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (<i>glutamine</i>)	Nivel 4	PA
Vitaminas del Complejo B - Medicamentos Nutricionales		
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	
Diluyentes - Soluciones Diluyentes de Insulina - Medicamentos Nutricionales		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION (<i>diluent,insulin aspart combination no.1</i>)	Nivel 3	
Diluyentes - Otros - Medicamentos Nutricionales		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DILUENT FOR BICNU INTRAVENOUS SOLUTION (<i>diluent for carmustine (ethanol)</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	
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	
STERILE HYDROGEL FOR JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL SOLUTION (<i>diluent for mitomycin (hydroxypropyl,poloxam,polyethyl)</i>)	Nivel 3	
Diluyentes - Cloruro de Sodio - Medicamentos Nutricionales		
<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	
Diluyentes - Agua Esterilizada para Inyección - Medicamentos Nutricionales		
BACTERIOSTATIC WATER-OGIVRI INJECTION SOLUTION (<i>water for inj.,bacteriostatic</i>)	Nivel 1	
<i>water for injection, sterile injection solution</i>	Nivel 1	
Diluyentes - Diluyentes de Vacunas - Medicamentos Nutricionales		

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1	
Multivitaminas - Medicamentos Nutricionales		
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	
Producto Nutricional - Lípidos Otros - Medicamentos Nutricionales		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (<i>triheptanoin</i>)	Nivel 4	PA
Producto Nutricional - Formulación Específica para Condiciones Médicas - Medicamentos Nutricionales		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (<i>glutamine</i>)	Nivel 4	PA
Vitaminas y Minerales Prenatales - Medicamentos Nutricionales		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (<i>prenatal vit no.76/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (<i>prenatal vitamin no.59/iron carb,fum/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
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	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (<i>prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium</i>)	Nivel 1	
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid</i>)	Nivel 1	
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac</i>)	Nivel 1	
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG (<i>prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha</i>)	Nivel 3	
OBSTETRIX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (<i>prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-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
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON-1 MG -50 MG (<i>prenatal vitamins no.127/iron,carbonyl/folic acid/docusate</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	
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	
Descargas de Cloruro de Sodio - Medicamentos Nutricionales		
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE (<i>sodium chloride 0.9 % (flush)</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
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	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
Cloruro de Sodio, Parenteral - Medicamentos Nutricionales		
<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	
Vitaminas - B-1, Tiamina y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
Vitaminas - B-12, Cianocobalamina y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<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	
Vitaminas - B-6, Piridoxina y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 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
Vitaminas - C, Ácido Ascórbico y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
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	
Vitaminas - Derivados D - Medicamentos Nutricionales		
<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	
Vitaminas - Ácido Fólico y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<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
Vitaminas - K, Fitonadiona y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<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	
Endocrino		
Antidiabético - Anticuerpo Monoclonal Dirigido a CD3		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML (<i>teplizumab-mzwv</i>)	Nivel 4	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
Antihiper glucemiante - Inhibidores Duales de SGLT1 y SGLT2		
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)
Supresor de los síntomas de la Menopausia - Antagonista del receptor de Neuroquinina 3 (NK3)		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (<i>fezolinetant</i>)	Nivel 3	PA
Endocrino - Hormonas		
Abortivos o Agentes de Maduración Cervical - Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
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	
Abortivos - Antagonista del Receptor de Progesterona - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (<i>mifepristone</i>)	Nivel 3	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de Esteroides Suprarrenales - Hormonas		
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
Hormonas Adrenocorticotróficas - Hormonas		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (<i>corticotropin</i>)	Nivel 4	PA
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (<i>corticotropin</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para Tratar la Hipoglucemia (Hiper glucemiantes) - Medicamentos para la Diabetes		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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)
Agentes de Amiloidosis - Estabilizador de Transtiretina (TTR) - Hormonas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (<i>tafamidis</i>)	Nivel 4	PA
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG (<i>tafamidis meglumine</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Amiloidosis - Supresión de TTR, Basados en Oligonucleótidos Antisentido - Hormonas		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 284 MG/1.5 ML (<i>inotersen sodium</i>)	Nivel 4	PA
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (<i>eplotersen sodium</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de amiloidosis - Supresión de TTR, Basados en ARN de Interferencia (ARNi) - Hormonas		
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
Andrógenos - Agentes Únicos - Medicamentos para el Cuidado Masculino		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HR (<i>testosterone</i>)	Nivel 3	PA
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
<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
Hormonas Antidiuréticas y Vasopresoras - Hormonas		
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NOCTIVA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.83 MCG/SPRAY (0.1 ML), 1.66 MCG/SPRAY (0.1 ML) (<i>desmopressin acetate</i>)	Nivel 3	QL (3.8 GM por 30 días)
Antihiperoglucemiantes - Inhibidores de la Alfa-Glucosidasa - Medicamentos para la Diabetes		
<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
Antihiperoglucemiante - Tipo Análogo de Amilina - Medicamentos para la Diabetes		
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
Antihiperoglucemiantes - Inhibidores de la Dipeptidil Peptidasa-4 (DPP-4) - Medicamentos para la Diabetes		
<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)
Antihiperoglucemiantes - Agonistas de los Receptores de Dopamina - Medicamentos para la Diabetes		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (<i>bromocriptine mesylate</i>)	Nivel 3	ST; DD
Antihiperoglucemiante - Agonistas Duales de los Receptores GIP y GLP-1 - Medicamentos para la Diabetes		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
Antihiper glucemiantes - Agonistas del Receptor del Péptido Similar al Glucagón-1 (GLP-1) - Medicamentos para la Diabetes		
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)
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)
<i>liraglutide subcutaneous pen injector 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml)</i>	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)
Antihiper glucemiante - Bloqueador del Receptor de Glucocorticoides (Cortisol) (GR-II) - Medicamentos para la Diabetes		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (<i>mifepristone</i>)	Nivel 4	PA; DD
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Nivel 4	PA; DD
Antihiper glucemiante - Análogos de Meglitinida - Medicamentos para la Diabetes		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</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
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	DD
Antihiper glucémico - Combinaciones de Inhibidor de SGLT-2 y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes		
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)
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)
Antihiper glucémico - Combinaciones de Inhibidor de SGLT-2 e Inhibidor de DPP-4 - Medicamentos para la Diabetes		
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
Antihiper glucemiantes - Inhibidores del Cotransportador 2 de Glucosa y Sodio (SGLT2) - Medicamentos para la Diabetes		
<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)
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)
Antihiper glucemiante - Combinaciones de Sulfonilurea y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes		
<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
Antihiper glucemiantes - Derivados de Sulfonilurea - Medicamentos para la Diabetes		
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antihiper glucemiante - Combinaciones de Tiazolidinediona y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes		
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Nivel 1	ST; DD
Antihiper glucemiante - Combinaciones de Tiazolidinediona y Sulfonilurea - Medicamentos para la Diabetes		
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Nivel 1	ST; DD
Inhibidor Antihiper glucémico-Dipeptidil Peptidasa-4 y Tiazolidinedion - Medicamentos para la Diabetes		
<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)
Inhibidor Antihiper glucémico-Dipeptidil Peptidasa-4 (DPP-4) y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes		
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Combinación de Insulina Antihiper glucémica de Acción Prolongada y Agonista del Receptor GLP-1 - Medicamentos para la Diabetes		
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)
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)
Combinaciones de Inhibidor Antihiper glucémico-SGLT-2, Inhibidor de DPP-4 y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes		
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)
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados de Imidazol - Medicamentos para la Tiroides		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes antitiroideos, Tionamidas - Derivados del Tiouracilo - Medicamentos para la Tiroides		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Agentes de Formación Ósea - Inhibidor de Esclerostina, Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2) (<i>romosozumab-aqqg</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
Agentes Estimulantes de la Formación Ósea - Péptido Natriurético - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.4 MG, 0.56 MG, 1.2 MG (<i>vosoritide</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Estimulantes de la Formación Ósea - Péptidos Rel de Hormona Paratiroidea - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) (<i>abaloparatide</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Estimulantes de la Formación Ósea - Tipo Hormona Paratiroidea - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (600mcg/2.4ml), 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	Nivel 4	PA
Inhibidores de la Resorción Ósea - Combinaciones de Bifosfonatos y Vitamina D - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT (<i>alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin d3)</i>)	Nivel 2	
Inhibidores de la Resorción Ósea - Bifosfonatos - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
<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	
Calcimimético, Potenciador de la Sensibilidad del Receptor de Calcio Paratiroideo - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<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
Calcitoninas - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Nivel 1	
Combinación de Estrógeno y Progestágeno con Actividad Antimineralocorticoide - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG (<i>drospirenone/estradiol</i>)	Nivel 3	
Combinaciones de Estrógeno y Modulador Selectivo del Receptor de Estrógeno (SERM) - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (<i>estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate</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
Estrógeno-Andrógeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (<i>estrogens, esterified/methyltestosterone</i>)	Nivel 1	
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	
Estrógeno-Progestina - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (<i>estradiol/progesterone</i>)	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG (<i>estradiol/progesterone</i>)	Nivel 3	ST; 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
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	
Estrógenos - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
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	
Potenciador de la Fertilidad - Apoyo a la Fase Lútea, Tipo Progesterona - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (<i>progesterone, micronized</i>)	Nivel 3	ST
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG (<i>progesterone, micronized</i>)	Nivel 2	
Potenciador de la Fertilidad - Estimulante de la Ovulación - Sintético (Sin FSH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>clomiphene citrate</i> (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 3	
<i>clomiphene citrate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores del Factor de Crecimiento de Fibroblastos 23 (FGF23), Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 20 MG/ML, 30 MG/ML (<i>burosumab-twza</i>)	Nivel 4	PA
Hormonas Folículoestimulantes y Luteinizantes – Medicamentos para el Cuidado Femenino		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (<i>menotropins</i>)	Nivel 4	
Hormona Folículo Estimulante (FSH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
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	
Combinaciones de Sales de Glucocorticoides - Medicamentos para la Inflamación		
BETALOAN SUIK KIT 6 MG/ML (<i>betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/hfc 245fa</i>)	Nivel 3	
Glucocorticoides - Medicamentos para la Inflamación		
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 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
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (<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	
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	
Inhibidores de Gonadotropinas Supresores Hipofisarios - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antagonistas de los Receptores de la Hormona del Crecimiento - Medicamentos para el Crecimiento		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (<i>pegvisomant</i>)	Nivel 4	
Hormonas Liberadoras de la Hormona del Crecimiento (GHRH)- Medicamentos para el Crecimiento		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG (<i>tesamorelin acetate</i>)	Nivel 4	PA
Hormonas de Crecimiento - Medicamentos para el Crecimiento		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML (somatropin)	Nivel 4	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (somatropin)	Nivel 4	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) (somatropin)	Nivel 4	PA
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG (somatropin)	Nivel 4	PA
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (somatrogon-ghla)	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) (somatropin)	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) (somatropin)	Nivel 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Nivel 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (somatropin)	Nivel 4	PA
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (somatropin)	Nivel 4	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)	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
Gonadotropina Coriónica Humana (hCG)- Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<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
Insulinas Humanas - Combinaciones Fijas - Medicamentos para la Diabetes		
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)
Insulinas Humanas - Acción Intermedia - Medicamentos para la Diabetes		
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)
Insulinas Humanas - Acción Rápida - Medicamentos para la Diabetes		
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
Insulinas Humanas - Acción Corta - Medicamentos para la Diabetes		
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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
Análogos de Insulina - Combinaciones Fijas - Medicamentos para la Diabetes		
HUMALOG MIX 50-50 INSULN 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)INSULN 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)
Análogos de Insulina - Acción Prolongada - Medicamentos para la Diabetes		
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin detemir</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)
Análogos de Insulina - Acción Rápida - Medicamentos para la Diabetes		
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)
Potenciadores de la Respuesta a la Insulina - Biguanidas - Medicamentos para la Diabetes		
<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
RIOMET ER ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 500 MG/5 ML (<i>metformin hcl</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (20 ML por 1 día)
Potenciadores de la Respuesta a la Insulina - Tiazolidinedionas (Agonistas de PPAR-gamma) - Medicamentos para la Diabetes		
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	DD
Factor de Crecimiento Similar a la Insulina-1 (IGF-1) - Hormonas		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>mecasermin</i>)	Nivel 4	PA
Análogos de la Hormona Leptina - Hormonas		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (<i>metreleptin</i>)	Nivel 4	QL (1 EA por 1 día)
Supresión de Fosas Análogas Agonistas de LHRH (GnRH) - Pubertad Precoz Central - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
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
Supresores Hipofisarios Análogos Agonistas de LHRH (GnRH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
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
Combinaciones de Antagonistas de LHRH (GnRH), Estrógeno y Progestina - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
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
Antagonistas de LHRH (GnRH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 4	ST
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	Nivel 2	PA
Supresores de los Síntomas de la Menopausia - Agentes Hormonales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
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)
Síntomas de la Menopausia Moduladores Supresores- Selectivos de los Receptores de Estrógeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG (<i>ospemifene</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Síntomas de la Menopausia Tipo de Antidepresivo supresor- ISRS - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
Mineralocorticoides - Medicamentos para la Inflamación		
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	Nivel 1	
Oxitocíco - Alcaloides del Cornezuelo de Centeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>methylergonovine oral tablet 0.2 mg</i>	Nivel 1	QL (28 EA por 30 días)
Progestinas - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidor de Prolactina - Agonistas del Receptor de Dopamina Derivados del Cornezuelo de Centeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidor del Ligando RANK (RANKL), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
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
Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógeno (SERM) - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<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)
Agentes Somatostáticos - Medicamentos para el Crecimiento		
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 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
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 diaspertate</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
Agentes para Enfermedades Oculares Tiroideas - Medicamentos para la Tiroides		
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG (<i>teprotumumab-trbw</i>)	Nivel 4	PA
Hormonas Tiroideas - Fuente Animal (Porcina)- Medicamentos para la Tiroides		
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 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	
Hormonas Tiroideas - T3 Sintético (Triyodotironina)- Medicamentos para la Tiroides		
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1	
Hormonas Tiroideas - T4 Sintético (Tiroxina)- Medicamentos para la Tiroides		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML (<i>levothyroxine sodium</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
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
Enzimas - Vitaminas y Minerales		
Enzimas - Vitaminas y Minerales		
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	
Agentes de Terapia Gastrointestinal		
Agentes para Tratar la Enfermedad CHAPLE		
VEOPOZ INJECTION SOLUTION 200 MG/ML (<i>pozelimab-bbfg</i>)	Nivel 4	PA
Trasplante de Microbiota Fecal (FMT)		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Reductor de la Secreción de Ácido Gástrico - Bloqueadores de Ácido Competitivos con Potasio		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>vonoprazan fumarate</i>)	Nivel 3	PA
Agentes de Terapia Gastrointestinal - Medicamentos para el Estómago		
Antidiarreicos - Agentes Antiperistálticos - Medicamentos para la Diarrea		
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	
Antidiarreico - Inhibidores de los Canales de cloruro Gastrointestinales - Medicamentos para la Diarrea		
MYTESI ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG (<i>crofelemer</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
Combinaciones Antidiarreicas, Antiperistálticas y Anticolinérgicas - Medicamentos para la Diarrea		
<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	
Agentes Opioides Antidiarreicos - Medicamentos para la Diarrea		
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	
Antieméticos - Anticolinérgicos - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</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
Antiemético - Antihistamínicos - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
Antiemético - Combinaciones de Antihistamínico y Vitaminas - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
Antiemético - Tipo Cannabinoide - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<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)
Antiemético - Antagonistas de Dopamina (D2)/5-HT3 - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
Antiemético - Fenotiazinas - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<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	
<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
Antiemético - Antagonistas Selectivos de la Serotonina 5-HT3 - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
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)
Antiemético - Antagonistas del Receptor de la Sustancia P- Neuroquinina 1 (NK1) - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<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)
Antiemético - Combinación de Antagonista del Receptor de Neuroquinina 1 y 5-HT3 - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (<i>netupitant/palonosetron hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 28 días)
Ácidos Biliares - Medicamentos para el Estómago		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (<i>cholic acid</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
Agentes para el Estreñimiento Idiopático Crónico - Agonistas de Guanilato Ciclasa-C (GC-C) - Medicamentos para el Estreñimiento		
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)
Acidificador Colónico (Inhibidor de Amoníaco) - Medicamentos para el Estómago		
<i>lactulose</i> (Enulose 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)</i>	Nivel 1	
Mezclas de Enzimas Digestivas - Medicamentos para el Estómago		
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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Enzimas Digestivas - Medicamentos para el Estómago		
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML <i>(sacrosidase)</i>	Nivel 4	PA
Agentes Solubilizantes (Litólisis) de Cálculos Biliares - Medicamentos para el Estómago		
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	
Reductor de la Secreción de Ácido Gástrico - Antagonistas del Receptor H2 de Histamina - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
<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	
Reductor de la Secreción de Ácido Gástrico - Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Combinación de Reductor de Secreción de Ácido Gástrico, Inhibidor de la Bomba de Protones y Antiácido - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
<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)
Mucosa Gástrica - Análogos de Prostaglandinas Citoprotectoras - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas del Receptor 5-HT4 - Medicamentos para el Estómago		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (<i>prucalopride succinate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Agentes Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/agonistas 5-HT4 - Medicamentos para el Estómago		
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	
Antiespasmódico Gastrointestinal - Alcaloides de Belladona - Medicamentos para Calambres Estomacales		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Antiespasmódico Gastrointestinal - Compuestos de Amonio Cuaternario - Medicamentos para Calambres Estomacales		
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	
GI Antiespasmódico - Aminas Terciarias Sintética - Medicamentos para Calambres Estomacales		
<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	
Combinaciones de Antiespasmódicos Gastrointestinales y Benzodiazepinas - Medicamentos para Calambres Estomacales		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Antiespasmódicos GI y Opioides - Medicamentos para Calambres Estomacales		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones Antiespasmódicas GI Otros - Medicamentos para Calambres Estomacales		
<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	
Terapia Contra H. Pylori - Combinaciones de Bismuto y Antibióticos - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Contra H. Pylori - Combinaciones de Inhibidores de la Bomba de Protones y Antibióticos - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
<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)
Terapia Contra H.Pylori - Bloqueador de Ácido Competitivo y Antibióticos - Medicamentos para el Estómago		
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
Agente para el SII (IBS) - Agentes Activadores de los Canales de cloruro Gastrointestinal - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
Agente del SII (IBS) - Agonistas de Guanilato Ciclasa-C (GC-C) - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
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)
Agente del SII (IBS) - Agonista y Antagonista de los Receptores Opioides Mixtos- Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (<i>eluxadoline</i>)	Nivel 3	PA
Agente del SII (IBS) - Antagonistas Selectivos del Receptor 5-HT3 - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
Agente del SII (IBS) - Agonistas Selectivos Parciales del Receptor 5-HT4 - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (<i>tegaserod hydrogen maleate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día); Edad (Máx 64 Años)
Agente del SII (IBS) - Inhibidor del Intercambiador de Sodio-Hidrógeno 3 (NHE3) - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
IBSRELA ORAL TABLET 50 MG (<i>tenapanor hcl</i>)	Nivel 3	PA
Agente Inflamatorio Intestinal - Inhibidores de Interleucina-12 e IL-23, MC Ab: Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 4	PA
Agente Inflamatorio Intestinal - Inhibidor de Interleucina-23 (IL-23), MC Ab - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
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
Agente Inflamatorio Intestinal - Aminosalicilatos y Agentes Relacionados - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<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	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 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
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	
Agente Inflamatorio Intestinal - Glucocorticoides - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<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	
Agente Inflamatorio Intestinal - Antagonista del Receptor de Integrina, Anticuerpo MC - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
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
Agente Inflamatorio Intestinal - Inhibidores de Janus Kinasa (JAK) - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
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
Agente Inflamatorio Intestinal - Modulador del Receptor de Esfingosina 1-Fosfato - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
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
Agente Inflamatorio Intestinal - Bloqueadores Alfa del Factor de Necrosis Tumoral - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<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) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 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 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
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
Agentes para el Síndrome del Intestino Irritable (SII) (IBS) - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (<i>tegaserod hydrogen maleate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día); Edad (Máx 64 Años)
Factor de Crecimiento de Queratinocitos (KGF) - Medicamentos para el Estómago		
KEPIVANCE INTRAVENOUS RECON SOLN 5.16 MG (<i>palifermin</i>)	Nivel 4	
Laxante - Solución Salina y Osmótica - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento		
<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 20 gram/30 ml</i>	Nivel 1	
Laxante - Mezclas Salinas/Osmóticas - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento		
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)
<i>sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg</i> (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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
peg 3350-electrolytes 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; QL (4000 ML por 1 SURTIDO)
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c oral powder in packet 100-7.5-2.691 gram	\$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)
peg-electrolyte soln 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)
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/kcl/ascorbate sod/vit c)	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 3, SURTIR 2 EN 365 DÍAS, Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (3 EA por 1 SURTIDO)
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	\$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 (peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium)	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 2, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (2 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
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)
Laxative - Combinaciones de Estimulantes y Solución Salina/Osmótica - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML (<i>sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 320, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (320 ML por 1 SURTIDO)
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)
Úlcera péptica - Citoprotectores Adherentes a la Luz Gástrica - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
Síndrome del Intestino Corto (SIC) - Análogo del Péptido Similar al Glucagón-2 (GLP-2) - Medicamentos para el Estómago		
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
Agentes para el Síndrome del Intestino Corto (SIC) - Medicamentos para el Estómago		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>octreotide acetate, microspheres</i>)	Nivel 4	PA
Terapia Genitourinaria - Medicamentos para el Sistema Urinario.		
Agente de BPH - Combinación de Inhibidor de la 5-Alfa Reductasa y Antag del Receptor Adrenérgico alfa-1 - Medicamentos para la Próstata		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Nivel 1	ST
Agente de BPH - Inhibidores de 5-Alfa-Reductasa y Fosfodiesterasa-5 (PDE5) - Medicamentos para la Próstata		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG (<i>finasteride/tadalafil</i>)	Nivel 3	PA
Terapia de Cistinosis (Agentes que Agotan la Cistina) - Medicamentos para el Sistema Urinario		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (<i>cysteamine bitartrate</i>)	Nivel 4	
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
GU. Irrigantes - Antiinfecciosos - Medicamentos para el Sistema Urinario		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 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
GU. Irrigantes - Medicamentos para el Sistema Urinario		
<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	
Agentes para la Cistitis Intersticial - Medicamentos para el Sistema Urinario		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	Nivel 2	PA
Agentes para Cálculos Renales - Medicamentos para el Sistema Urinario		
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	
Agentes para la Vejiga Hiperactiva - Agonista del Receptor Adrenérgico Beta -3 - Medicamentos para la Vejiga		
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agente de Oxalosis- Inhibidor de Oxalato, Pequeño ARN de Interferencia Dirigido - Medicamentos para el Sistema Urinario		
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
Quelantes de Fosfato - A Base de Calcio - Medicamentos para el Sistema Urinario		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
Aglutinantes de Fosfato - Medicamentos para el Sistema Urinario		
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	
<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)
Aglutinantes de Fosfato - A Base de Hierro - Medicamentos para el Sistema Urinario		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas del Receptor de Vasopresina V2 - Medicamentos para el Sistema Urinario		
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
Agente de Hipertrofia Prostática - Antagonistas de los Receptores Adrenérgicos alfa-1 - Medicamentos para la Próstata		
<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	
Agente de Hipertrofia Prostática - Inhibidores de la 5-alfa Reductasa Tipo II - Medicamentos para la Próstata		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Agente de Hipertrofia Prostática-Inhibidor de Fosfodiesterasa tipo 5 Sel.cGMP - Medicamentos para la Próstata		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
Inhibidores de la 5-alfa Reductasa Tipo I y II del Agente de Hipertrofia Prostática - Medicamentos para la Próstata		
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	
Acidulante Urinario - Inhibidor de Ureasa Bacteriana - Medicamentos para Infecciones		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG (<i>acetohydroxamic 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
Acidulante Urinario - Fosfatos - Medicamentos para Infecciones		
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	
Alcalinizador Urinario - Citratos - Medicamentos para Infecciones		
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	
Analgésicos Urinarios - Medicamentos para Infecciones		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Antibacteriano Urinario - Metenamina y Sales - Medicamentos para Infecciones		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (<i>methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic</i>)	Nivel 3	
Antibacteriano Urinario - Derivados del Nitrofurano - Medicamentos para Infecciones		
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antibacterianos Urinarios Otros - Medicamentos para Infecciones		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
Combinaciones Urinarias Antiinfecciosas de Metenamina, Antiespasmos y Analgésicos - Medicamentos para Infecciones		
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	
Combinaciones Urinarias Antiinfecciosas de Metenamina y Antiespasmódicas - Medicamentos para Infecciones		
<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	
Antiespasmódico Urinario - Anticol., M(3) Muscarínico Selectivo (Vejiga)- Medicamentos para la Vejiga		
<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
Antiespasmódicos Urinarios - Anticolinérgicos No Selectivos - Medicamentos para la Vejiga		
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (<i>hyoscyamine sulfate</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 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	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET, EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 3	
Antiespasmódicos Urinarios - Relajantes del Músculo Liso - Medicamentos para la Vejiga		
<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	
GELNIQUE TRANSDERMAL GEL IN PACKET 10 % (100 MG/GRAM) (<i>oxybutynin chloride</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 GM por 1 día)
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 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>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Terapia de Retención Urinaria - Agentes Parasimpaticomiméticos - Medicamentos para la Vejiga		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Terapia para la Gota e Hiperuricemia - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre		
Terapia Aguda para la Gota - Antimitóticos - Medicamentos para la Gota		
<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)
Terapia de Hiperuricemia - Tipo Enzima Urato-Oxidasa - Medicamentos para la Gota		
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML (<i>pegloticase</i>)	Nivel 4	PA
Terapia de Hiperuricemia - Uricosúricos - Medicamentos para la Gota		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Terapia de Hiperuricemia - Inhibidores de la Xantina Oxidasa - Medicamentos para la Gota		
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Tx Hiperuricemia - Combinación de Inhibidor de URAT1 e Inhibidor de Xantina Oxidasa - Medicamentos para la Gota		
DUZALLO ORAL TABLET 200-200 MG, 200-300 MG (<i>lesinurad/allopurinol</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Agentes Hematológicos		
Agentes para el Tratamiento cTTP - anti vWF, ADAMTS13 Terapia Enzimática		
ADZYNMA INTRAVENOUS KIT 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>adamts13, recombinant-krhn</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Hematopoyéticos - Factor Inducible por Hipoxia Prolif Hidroxilasa Inh		
JESDUVROQ ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (<i>daprodustat</i>)	Nivel 3	PA
PNH – Inhibidores del Factor D		
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (<i>danicopan</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Hematológicos - Medicamentos para la Sangre		
Agentes para Tratar el Dominio A1 del aTTP-anti Factor von Willebrand (vWF) - Medicamentos para la Sangre		
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
Agentes para Tratar la Enfermedad de Aglutininas Frías (CAD) - Medicamentos para la Sangre		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>sutimlimab-jome</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para Tratar la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN) - Medicamentos para la Sangre		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (<i>pegcetacoplan</i>)	Nivel 4	PA
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/30 ML (<i>eculizumab</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
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
Anticoagulantes - A Base de Citrato - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<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	
<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	
Anticoagulantes - Cumarina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<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	
Complejo de Coagulación Antiinhibidor - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
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	
Factores Antiporfiria - Medicamentos para la Sangre		
PANHEMATIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG (<i>hemin</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
Tx Trastorno de Células Sanguíneas y Plaquetas - Inhibidores de la Tirosina Quinasa del Bazo - Medicamentos para la Sangre		
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>fostatinib disodium</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Inhibidores de la Esterasa C1 - Medicamentos para la Sangre		
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
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
CAD - Inhibidores del Complemento (C1) - Medicamentos para la Sangre		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>sutimlimab-jome</i>)	Nivel 4	PA
Antagonistas del Receptor de Quimiocina CXCR4 - Medicamentos para la Sangre		
<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
Inhibidores Directos del Factor Xa - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
Eritropoyetinas - Medicamentos para la Sangre		
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa in polysorbate 80</i>)	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 (<i>darbepoetin alfa in polysorbate 80</i>)	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 (<i>epoetin alfa</i>)	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 (<i>epoetin alfa</i>)	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 (<i>epoetin alfa-epbx</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
Preparaciones del Complejo de Factor IX (Concentrado de Complejo de Protrombina) - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
BALFAXAR INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 500 UNIT (<i>human prothrombin complex concentrate (pcc)-lans</i>)	Nivel 4	
KCENTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (800-1240 UNIT), 500 UNIT (400-620 UNIT) (<i>human prothrombin complex concentrate (pcc), 4-factor</i>)	Nivel 4	
Preparaciones de Factor IX - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
ALPHANINE SD INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>factor ix</i>)	Nivel 4	
ALPROLIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (<i>factor ix recombinant, fc fusion protein</i>)	Nivel 4	
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (<i>factor ix human recombinant</i>)	Nivel 4	
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>factor ix recombinant, albumin fusion protein</i>)	Nivel 4	
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (<i>factor ix human recombinant, threonine 148</i>)	Nivel 4	
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>factor ix complex, prothrombin cplx conc(pcc) no.4, 3-factor</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
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor ix (human) recombinant, pegylated)	Nivel 4	
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor ix human recombinant)	Nivel 4	
Preparaciones del Factor VII - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
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) (coagulation factor viia (recombinant))	Nivel 4	
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) (coagulation factor viia recombinant-jncw)	Nivel 4	
Preparaciones del Factor VII (AHF) - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
ADVATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (fviii) recombinant,full length)	Nivel 4	
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT, 750 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (fviii) recombinant, full length, peg)	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 (antihemophilic factor viii recomb,single-chn,b-dom truncated)	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
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 (antihemophilic factor, human/von willebrand factor, human)	Nivel 4	
ALTUVIIIIO INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor rfviii fc-vwf-xten, bdd-eh1)	Nivel 4	
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 (antihemophilic factor (fviii) recombinant, fc fusion protein)	Nivel 4	
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (fviii) rec, b-dom truncated peg-exe1)	Nivel 4	
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HUMATE-P INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-2,400 UNIT, 250-600 UNIT, 500-1,200 UNIT (antihemophilic factor, human/von willebrand factor, human)	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
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (fviii) rec, b-domain deleted peg-aucl)	Nivel 4	
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
KOGENATE FS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (fviii) recombinant, full length)	Nivel 4	
KOVALTRY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (fviii) recombinant, full length)	Nivel 4	
NOVOEIGHT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor viii recombinant, b-domain truncated)	Nivel 4	
NUWIK INTRAVENOUS RECON SOLN 1,500 UNIT, 1000 UNIT, 2,000 UNIT, 2,500 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (antihemophilic factor viii rec hek cell, b-domain deleted)	Nivel 4	
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor viii, recombinant porcine sequence)	Nivel 4	
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor viii, human recombinant)	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
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	
Agente Mimético del Factor VIII, Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Sangre		
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
Preparaciones de Factor X - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
COAGADDEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (<i>coagulation factor x</i>)	Nivel 4	
Preparaciones del Factor XIII - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
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	
Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos (G-CSF) - Medicamentos para la Sangre		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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>eflapegrastim-xnst</i>)	Nivel 4	PA
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-fpgk</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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-bmez</i>)	Nivel 4	PA
Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos y Macrófagos (GM-CSF)- Medicamentos para la Sangre		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (<i>sargramostim</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Hematopoyéticos - Agentes de Maduración Eritroides (RBC) - Medicamentos para la Sangre		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG, 75 MG (<i>luspatercept-aamt</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Hemorreológicos - Medicamentos para la Sangre		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Nivel 1	
Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
<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	
Preparaciones Hemostáticas Sistémicas del Factor von Willebrand (vWF) - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE (<i>von willebrand factor (recombinant)</i>)	Nivel 4	
Agentes Tópicos Hemostáticos - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G (<i>ferric subsulfate</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
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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 20,000 UNIT (<i>thrombin (bovine)</i>)	Nivel 1	
Combinaciones Tópicas Hemostáticas - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
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(2ML 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	
Formulaciones de Lavado con Heparina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Heparinas - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
Inhibidores Indirectos del Factor Xa - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<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)
Heparinas de Bajo Peso Molecular - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (43.2 ML por 30 días)
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)
Anticuerpo Monoclonal - Inhibidores de la Selectina P - Medicamentos para la Sangre		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>crizanlizumab-tmca</i>)	Nivel 4	PA
Proteínas Plasmáticas que Facilitan la Anticoagulación - Medicamentos para la Sangre		
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
Inhibición de la Agregación Plaquetaria - Ciclopentil-triazolo-pirimidinas (CPTP)- Medicamentos para la Sangre		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (<i>ticagrelor</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
Combinaciones de Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Medicamentos para la Sangre		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Inhibidores del Receptor de Glicoproteína IIb/IIIa - Medicamentos para la Sangre		
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	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Inhibidores de la Fosfodiesterasa III - Medicamentos para la Sangre		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Agentes de Quinazolina - Medicamentos para la Sangre		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Salicilatos - Medicamentos para la Sangre		
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
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Agentes Tienopiridinas - Medicamentos para la Sangre		
<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)
Inhibidor de la Agregación Plaquetaria Inhibidor de Esterasa y Adenosina Desaminasa - Medicamentos para la Sangre		
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Antagonista del Receptor 1 (PAR-1) Activado por Proteasa Inhibidor de la Agregación Plaquetaria - Medicamentos para la Sangre		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (<i>vorapaxar sulfate</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
PNH - Inhibidores del Complemento (C3) - Medicamentos para la Sangre		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (<i>pegcetacoplan</i>)	Nivel 4	PA
PNH - Inhibidores del Complemento de Anticuerpos Monoclonales Humanos (C5) - Medicamentos para la Sangre		
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
Preparaciones de Proteína C - Medicamentos para la Sangre		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Activadores de Piruvato Quinasa (PK) - Medicamentos para la Sangre		
PYRUKYND ORAL TABLETS, DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (<i>mitapivat sulfate</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Anemia Falciforme, Otros - Medicamentos para la Sangre		
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
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)
Inhibidor de Polimerización de Hemoglobina Falciforme (HbS) - Medicamentos para la Sangre		
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG (<i>voxelotor</i>)	Nivel 4	PA
OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION 300 MG (<i>voxelotor</i>)	Nivel 4	PA
Inhibidor de Trombina - Selectivo, Directo y Reversible - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<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 CAPSULE 110 MG (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	Nivel 3	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
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
Inhibidor de Trombina - Selectivo Directo y Reversible - Tipo Hirudina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<i>bivalirudin intravenous recon soln 250 mg</i>	Nivel 4	
<i>bivalirudin intravenous solution 250 mg/50 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 4	
Agonistas del Receptor de Trombopoyetina - Medicamentos para la Sangre		
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
Agente de Ligandos del Factor de Crecimiento Transformante (TGF) - Medicamentos para la Sangre		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG, 75 MG (<i>luspatercept-aamt</i>)	Nivel 4	PA
Agentes del Tratamiento del Sistema Hepatobiliar		
Agentes para la Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) – Agonistas Beta-THR		
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG (<i>resmetirom</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
Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado		
Agonista del Receptor Farnesoide X (FXR), Análogo de Ácidos Biliares - Medicamentos para el Hígado		
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>obeticholic acid</i>)	Nivel 4	PA
Inhibidor del Transportador de Ácidos Biliares Ileaes (IBAT) - Medicamentos para el Hígado		
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 9.5 MG/ML (<i>maralixibat chloride</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Inmunosupresores - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
Inmunosupresor - Inhibidor de Interferón, Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
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
Inmunosupresores - Inhibidores de la Calcineurina - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 3	ST
<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	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (<i>voclosporin</i>)	Nivel 4	PA
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	
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 2	
PROGRAF ORAL CAPSULE 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 1	
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 2	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 1	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Inmunosupresor - Anticuerpo Monoclonal CD19 (Linfocito B) - Medicamentos para los Ojos		
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>inebilizumab-cdon</i>)	Nivel 4	PA
Inmunosupresores - Inhibidores de la Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
<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	
<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
Inmunosupresores - Inhibidores del Receptor de Interleucina-6 (IL-6) - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (<i>satralizumab-mwge</i>)	Nivel 4	PA
Inmunosupresor - Inhibidores del Objetivo de la Rapamicina (mTOR) en Mamíferos - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
<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	
Inmunosupresor - Inhibidor de Anticuerpos Monoclonales Función de los linfocitos T - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
SIMULECT INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 20 MG (<i>basiliximab</i>)	Nivel 4	
Inmunosupresor - Análogos de Purina - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Inmunosupresor - Bloqueador Selectivo de la Coestimulación de Células T - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG (<i>belatacept</i>)	Nivel 4	
Aparato Locomotor		
Agentes de ALS - Oligonucleótido Antisentido (ASO)		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
QALSODY INTRATHECAL SOLUTION 100 MG/15 ML (6.7 MG/ML) (<i>tofersen</i>)	Nivel 4	PA
Agonistas del Receptor del Ácido Retinoico-Fibrodisplasia Osificante Progresiva		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>palovarotene</i>)	Nivel 4	PA
Activador del Factor Eritroide-rel.2 (Nrf2) del Factor Nuclear de la Ataxia de Friedreich		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (<i>omaveloxolone</i>)	Nivel 4	PA
Aparato Locomotor - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
Agentes para Tratar la Parálisis Periódica - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<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
Agentes ALS - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML (<i>edaravone</i>)	Nivel 4	PA
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
Agentes para la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) - Benzotiazoles - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
EXSERVAN ORAL FILM 50 MG (<i>riluzole</i>)	Nivel 4	PA
<i>riluzole oral tablet 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
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
Agente antimiaisténico - Inhibidor del Receptor Fc Neonatal (FcRn) - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
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
Agente antimiaisténico - Inhibidores Reversibles de la Colinesterasa - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<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	
Agentes Antimiasisténicos Otros - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (<i>amifampridine phosphate</i>)	Nivel 4	PA
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
Distrofia Muscular de Duchenne - Oligonucleótido Antisentido con Omisión de Exones - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
AMONDYS-45 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>casimersen</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
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>etepirsen</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
Agente de Terapia Musculo-esquelética - Viscosuplementos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Agente de Tx Musculoesquelético - Terapia de Contractura Articular, Enzima Colagenasa - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
XIAFLEX INJECTION RECON SOLN 0.9 MG (<i>collagenase clostridium histolyticum</i>)	Nivel 4	
Bloqueador Neuromuscular - Neurotoxinas - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
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
DYSPORE INTRAMUSCULAR RECON SOLN 300 UNIT, 500 UNIT (<i>abobotulinumtoxina</i>)	Nivel 4	PA
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
Relajante del Músculo Esquelético - Combinaciones de Salicilatos Analgésicos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 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>orphenadrine-asa-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
Relajante del Músculo Esquelético - Relajantes del Músculo Central - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<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)
<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)
Relajante del Músculo Esquelético - Relajantes Musculares Directos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Relajante del Músculo Esquelético - Combinaciones de Analgésicos Opioides - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
Relajante del Músculo Esquelético, Combinación de Salicilatos y Analgésicos Opioides - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
Atrofia Muscular Espinal - Oligonucleótido Antisentido de Inclusión de Exones - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
SPINRAZA (PF) INTRATHECAL SOLUTION 12 MG/5 ML (<i>nusinersen sodium/pf</i>)	Nivel 4	PA
Atrofia Muscular Espinal - Modificador de Empalme de Neurona Motora 2 (SMN2) - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
EVRYSIDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (<i>risdiplam</i>)	Nivel 4	PA
Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero (DME) - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
Suministros Médicos y DME – Agujas de Extracción de Sangre - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
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	
Suministros Médicos y DME - Pruebas de Glucosa en Sangre - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP 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
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)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STRIP 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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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)
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL VIVID 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 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OPTIUM TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTUMRX 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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
SMARTEST 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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
Suministros Médicos y DME - Gorros Cervicales - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (<i>cervical cap</i>)	\$0	CT; EHB
Suministros Médicos y DME - Diversos Suministros de Prueba para COVID-19 -Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME 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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Suministros Médicos y DME - Diafragmas - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
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
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 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
Medical Supplies and DME - Enteral Syringes - Medical Supplies and Durable Medical Equipment		
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	
Suministros Médicos y DME - Condones Femeninos - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms, female</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
Suministros Médicos y DME - Suministros para Pruebas de Monitoreo de Glucosa - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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 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 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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
<i>lancets</i> , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge	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
ON CALL PLUS 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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
ULTILET 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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Suministros Médicos y DME - Aguja, Jeringas y Suministros para Administrar Insulina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
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" (<i>syringe with needle,insulin,0.3 ml</i>)	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" (<i>syringe with needle,insulin,0.5 ml</i>)	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (<i>syringe with needle,disposable,insulin 1 ml</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 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
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (<i>insulin pump controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
Suministros Médicos y DME - Condomes Masculinos - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
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
TRUE COVER 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 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
Suministros Médicos y DME - Varios Otros - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
SUSVIMO IMPLANT AND INS. TOOL INTRAVITREAL IMPLANT (<i>ocular implant with insertion tool for ranibizumab</i>)	Nivel 4	
Suministros Médicos y DME – Agujas y Jeringas - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
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	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2" (<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
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2", 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	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" (needles, safety)	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE 5-MICRON NOKO NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" (needles, filter)	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 3	
BD INTEGRA NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	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" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
BD INTRADERMAL BEVEL NEEDLES NEEDLE 26 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	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 BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	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" (<i>syringe with needle, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	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" (<i>syringe with needle, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
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 NOKOR ADMIX NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" (<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
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	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" (needles, disposable)	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" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	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", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 27 X 5/8 " (needles, safety)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	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 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	
BD SYRINGE LUER-LOK 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 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 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	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 ", 22 x 1 1/2 ", 23 x 1 "</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 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	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	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" (<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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" (needles, safety)	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" (syringe,safety with needle,1 ml)	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" (syringe,safety with needle,10 ml)	Nivel 3	
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" (syringe,safety with needle,3 ml)	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 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" (<i>syringe,safety with needle,5 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY TRAY 1 ML 25 GAUGE X 1" (<i>safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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" (<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
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (<i>syringe, disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	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" (<i>syringe,safety with needle,10 ml</i>)	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" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	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" (<i>syringe,safety with needle,5 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (<i>syringe, disposable, 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
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	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" (syringe,safety with needle,1 ml)	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" (syringe,safety with needle,1 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	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" (needles, safety)	Nivel 3	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	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 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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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" (needles, disposable)	Nivel 3	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 3	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA NEEDLE 18 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 1 ML 18 GAUGE X 1" (syringe with cannula, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 3 ML 18 X 1" (syringe with cannula, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 ml)	Nivel 3	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	Nivel 3	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 ml)	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 ml)	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 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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 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
MONOJECT MEDICATION TRANSF NDL NEEDLE 20 X 1 " (<i>needles, pharmacy compound</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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" (<i>syringe with needle, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	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" (<i>syringe with needle, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<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
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	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" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 ml,self-contained disposal unit)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 ml, self-contained disposal unit)	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" (syringe,safety needle 10 ml and self-contained disposal unit)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 ml, self-contained disposal unit)	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" (syringe 3 ml with safety needle,self-contained disposal unit)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 ml, self-contained disposal unit)	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" (syringe, safety needle 5 ml and self-contained disposal unit)	Nivel 3	
safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"	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 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" (needles, safety)	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" (syringe,safety with needle,1 ml)	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" (syringe,safety with needle,10 ml)	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" (syringe,safety with needle,3 ml)	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" (syringe,safety with needle,5 ml)	Nivel 3	
syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	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/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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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	
Suministros Medicos y DME – Suministros de Terapia Parenteral - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
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	
Suministros Médicos y DME - Suministros de Terapia Respiratoria - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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,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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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	
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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Suministros Médicos y DME - Dispositivos para Administrar Insulina Subcutánea - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (<i>subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable</i>)	Nivel 3	PA; DD
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge,automated dosing,bt with controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth</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 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)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Suministros Médicos y DME - Bomba de Insulina Subcutánea - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
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
Suministros Médicos y DME - Pruebas de Glucosa en Orina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
DIASTIX STRIP (<i>urine glucose test strip</i>)	Nivel 3	DD
NO-STICK GLUCOSE STRIP (<i>urine glucose test strip</i>)	Nivel 3	DD
Suministros Médicos y DME - Glucosa en Orina-Pruebas de Combinación de Acetona - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
KETO-DIASTIX STRIP (<i>urine glucose-acet test strip</i>)	Nivel 3	DD
Suministros Médicos y DME – Pruebas de Cetonas en Orina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
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
KETOSTIX STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
TRUEPLUS KETONE STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
Suministros Médicos y DME- Equipos de Extracción de Sangre con Anestésicos Locales - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT KIT 21 GAUGE X 3/4" -2.5 %-2.5 % (<i>blood collection set/lidocaine/prilocaine</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
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1"- 2.5 %-2.5 % (<i>blood collection set/lidocaine/prilocaine</i>)	Nivel 3	
Implantes de Volumen de Tejido - Anorrectales - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
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	
Suministro Médico, FDB Superset		
Suministro Médico, FDB Superset		
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
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 3	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 ml,kit-tray)	Nivel 3	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Nivel 2	DD
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	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" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2", 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	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" (needles, safety)	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE 5-MICRON NOKO NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" (needles, filter)	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 3	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 ml (half unit mark))	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe, insulin u-500 with needle, disposable, 0.5 ml)	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" (syringe with needle,insulin,0.3 ml)	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" (syringe with needle,insulin,0.5 ml)	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 ml)	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 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	
BD INTRADERMAL BEVEL NEEDLES NEEDLE 26 GAUGE X 3/8" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	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" (<i>syringe with needle, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK 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
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" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 5 ml)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 ml)	Nivel 3	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	Nivel 2	DD
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 2	DD
BD NOKOR ADMIX NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	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" (needles, disposable)	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 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" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 ml)	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", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 27 X 5/8 " (needles, safety)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 3 ml)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe, safety with needle, 3 ml)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD SHORT BEVEL NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1" (needles, disposable)	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 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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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 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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin 0.3 ml (half unit mark))	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, 0.3 ml)	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, disposable, insulin 1 ml)	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, 0.5 ml)	Nivel 2	DD
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (covid-19 antigen immunoassay test)	\$0	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (covid-19 antigen immunoassay test)	\$0	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (covid-19 antigen immunoassay test)	\$0	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 ", 22 x 1 1/2 ", 23 x 1 "	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	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, 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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
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
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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 SYRING 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)
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	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" (<i>syringe,safety with needle,5 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY TRAY 1 ML 25 GAUGE X 1" (<i>safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<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
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" (needles, disposable)	Nivel 3	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	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" (syringe,safety with needle,10 ml)	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" (syringe,safety with needle,3 ml)	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" (syringe,safety with needle,5 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml)	Nivel 3	DD
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	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" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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	
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)
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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)
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" (<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
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	
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)
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT <i>(covid-19 antigen immunoassay test)</i>	\$0	
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 LANCETS 30 GAUGE <i>(lancets)</i>	Nivel 2	DD
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP <i>(blood sugar diagnostic)</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE <i>(lancets)</i>	Nivel 2	DD
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP <i>(blood sugar diagnostic)</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP <i>(blood sugar diagnostic)</i>	Nivel 4	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)
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR 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 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
EZ SMART 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 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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 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 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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
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
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	
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 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	
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 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
MONOJECT MEDICATION TRANSF NDL NEEDLE 20 X 1 " (<i>needles, pharmacy compound</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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" (<i>syringe with needle, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	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" (<i>syringe with needle, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<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
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	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" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, automated dosing, bt with 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 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth</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)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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 3	ST; 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 3	ST; 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
OPTUMRX STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
SINGLE-LET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMARTEST LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMARTEST TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SOFT TOUCH LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SOLUS V2 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
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SPACE CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
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	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
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-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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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" (needles, safety)	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" (syringe,safety with needle,1 ml)	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" (syringe,safety with needle,10 ml)	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" (syringe,safety with needle,3 ml)	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" (syringe,safety with needle,5 ml)	Nivel 3	
SUSVIMO IMPLANT AND INS. TOOL INTRAVITREAL IMPLANT (ocular implant with insertion tool for ranibizumab)	Nivel 4	
syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	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/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	
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)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 3	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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
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
ULTIMA TEST STRIPS STRIP <i>(blood sugar diagnostic)</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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
YALE DISPOSABLE NEEDLES NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/4" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas		
Reemplazo de Enzimas en Enfermedades Metabólicas, Alfamanosidosis		
LAMZEDE INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG (<i>velmanase alfa-tycv</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
Medicamentos para Tratar la Lipofuscinosis Ceroide Neuronal Tipo 2 (CLN2)- Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
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
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Deficiencia de Esfingomielinasa Ácida - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
XENPOZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 4 MG (<i>olipudase alfa-rpcp</i>)	Nivel 4	PA
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Batten - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Fabry - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
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
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Gaucher - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
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
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Hipofosfatasa - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
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
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Deficiencia de Lipasa Ácida Lisosomal - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML (<i>sebelipase alfa</i>)	Nivel 4	PA
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Deficiencia de Cofactor de Molibdeno - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
NULIBRY INTRAVENOUS RECON SOLN 9.5 MG (<i>fosdenopterin hydrobromide</i>)	Nivel 4	PA
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Mucopolisacaridosis - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Pompe - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG (<i>alglucosidase alfa</i>)	Nivel 4	PA
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
Dx Reemplazo de Enzimas Metabólicas, Inmunodeficiencia Combinada Grave - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
REVCОВI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) (<i>elapegademase-lvlr</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos		
Modificadores Metabólicos - Enfermedad de Pompe - Inhibidor de GCS		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (<i>miglustat</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
Agentes para el Tratamiento del Hiperparatiroidismo - Tipo Análogo de Vitamina D - Fármacos que Alteran el Metabolismo		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Modificadores Metabólicos - Agentes Reponedores de Carnitina - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
<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	
Modificadores Metabólicos - Enfermedad de Gaucher, Tipo 1, Tx de Reducción de Sustrato - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
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
Modificadores Metabólicos - Agentes para el Tratamiento de la Aciduria Orótica Hereditaria - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM (<i>uridine triacetate</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Agentes para el Tratamiento de la Tirosinemia Hereditaria - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (<i>nitisinone</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Agentes de Tratamiento de Homocistinuria - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Inhibidores de Fosfatidilinositol-3-Quinasa (PI3K) - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
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
Modificadores Metabólicos - Agentes para Trastornos del Ciclo de la Urea: Agentes Conjugantes - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
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
Activador del Modificador Metabólico-Carbamoil Fosfato Sintetasa 1 (CPS 1) - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Farmacopotenciador - Inhibidores del Citocromo P450 - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (<i>cobicistat</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
Tx Chaperón Farmacológico - Estabilizador de la Enzima alfa-galactosidasa A - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG (<i>migalastat hcl</i>)	Nivel 4	PA
Tx Agentes de Fenilcetonuria (PKU) - Cofactor de la Fenilalanina Hidroxilasa - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
<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	
Tx Agentes de Fenilcetonuria (PKU) - Fenilalanina Amoníaco Liasa - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para el Tratamiento del Síndrome de Progeria - Inhibidor de Farnesiltransferasa - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (<i>lonafarnib</i>)	Nivel 4	PA
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Medicamentos para la Boca y Garganta		
Producto Dental - Preparaciones de Fluoruro - Medicamentos para la Boca y Garganta		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</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
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	
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 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Nivel 1	
Producto Dental - Anestésicos Locales - Medicamentos para la Boca y Garganta		
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	
Boca y Garganta - Antifúngico - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
Boca y Garganta - Mezclas Antiinfecciosas - Medicamentos para la Boca y Garganta		
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 30-50 % (<i>sulfuric acid/sulfonated phenol</i>)	Nivel 3	
Boca y Garganta - Antisépticos - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Nivel 1	
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Periogard Mucous Membrane Mouthwash 0.12 %)	Nivel 1	
Boca y Garganta - Saliva Artificial - Medicamentos para la Boca y Garganta		
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (<i>flaxseed</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
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM (<i>sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos</i>)	Nivel 3	
Boca y Garganta - Glucocorticoides - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Nivel 1	
Boca y Garganta - Amidas Anestésicas Locales - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<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	
Boca y Garganta - Agentes de Mucositis-Estomatitis - Medicamentos para la Boca y Garganta		
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (<i>povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil</i>)	Nivel 3	
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (<i>potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps</i>)	Nivel 3	
Boca y Garganta - Protectores - Medicamentos para la Boca y Garganta		
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (<i>povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil</i>)	Nivel 3	
Boca y Garganta - Estimulantes de la Saliva - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 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
Producto Periodontal - Inhibidores de Colagenasa Tipo Tetraciclina - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Terapia para el Babeo - Sialorrea Primaria o Secundaria, Anticolinérgico - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
Agentes de Esclerosis Múltiple - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
Inhibidores de la Adhesión de Leucocitos, Mediados por alfa4, Anticuerpo IgG4k mc - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML (<i>natalizumab</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico CD20 - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
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
Agente de Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico CD52 - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/1.2 ML (<i>alemtuzumab</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Interferones - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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
Agente de Esclerosis Múltiple - Otros - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
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/MI, 40 Mg/MI)	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
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 231 MG (<i>diroximel fumarate</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Bloqueador de Canales de Potasio - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Análogos de Nucleósidos de Purina - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
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
Agente de Esclerosis Múltiple - Inhibidores de la Síntesis de Pirimidina - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Modulador del Receptor de Esfingosina 1-fosfato - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
<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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (<i>siponimod</i>)	Nivel 4	PA
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
Agentes Oftálmicos		
Antiparasitarios Oftálmicos		
XDEMYV OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (<i>lotilaner</i>)	Nivel 4	PA
Inhibidores del Complemento Oftálmico		
IZERVAY (PF) INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.1 ML (<i>avacincaptad pegol sodium/pf</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Oftálmicos - Medicamentos para los Ojos		
Lágrimas Artificiales y Agentes Únicos Lubricantes - Medicamentos para los Ojos		
KLARITY (CHONDROITIN) (PF) OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (<i>chondroitin sulfate a sodium/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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LACRISERT OPHTHALMIC (EYE) INSERT 5 MG (<i>hydroxypropyl cellulose</i>)	Nivel 3	
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (<i>perfluorohexyloctane/pf</i>)	Nivel 3	PA
Inhibidores Biespecíficos de VEGF-A y Angiopoyetina-2 (Ang-2) - Medicamentos para el Cáncer		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION 6 MG/0.05 ML (<i>faricimab-svoa</i>)	Nivel 4	PA
Mióticos - Inhibidores de la Colinesterasa - Medicamentos para el Glaucoma		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % (<i>echothiophate iodide</i>)	Nivel 3	
Mióticos - Acción Directa - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Nivel 1	
Combinaciones Midriáticas y Ciclopléjicas - Medicamentos para los Ojos		
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	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Agonista de los Receptores Adrenérgicos - Medicamentos para los Ojos		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (<i>oxymetazoline hcl/pf</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
Oftálmico - Combinaciones de Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica y Adrenérgica - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>brimonidine-dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 0.15-2 %</i>	Nivel 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % <i>(brinzolamide/brimonidine tartrate)</i>	Nivel 2	
Oftálmico - Agentes para la Reticulación del Colágeno Cornea - Medicamentos para los Ojos		
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	
Oftálmico - Agentes para la Presbicia - Medicamentos para los Ojos		
VUITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % <i>(pilocarpine hcl)</i>	Nivel 3	PA
Oftálmico - Combinaciones de Antibacterianos y Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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 (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)</i>	Nivel 1	
<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
<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	
Oftálmico - Combinaciones de Antibacterianos, Glucocorticoides y AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Oftálmico - Antibiótico - Vancomicina y Derivados - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl ophthalmic (eye) drops 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
Oftálmico – Anticolinérgicos - Medicamentos para los Ojos		
<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	
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Nivel 1	
Oftálmicos - Agentes Antifibróticos - Medicamentos para los Ojos		
<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	
Oftálmicos - Antihistamínicos - Medicamentos para la Picazón en los Ojos		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 1	QL (3 ML por 30 días)
Oftálmicos - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Oftálmicos - Antiinflamatorios, Inmunomoduladores - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
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	
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
Oftálmico - Antiinflamatorio, Antagonistas de LFA-1 - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % (<i>lifitegrast</i>)	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
Oftálmico - Antiinflamatorios, AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
ILEVRO OPHTHALMIC (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 OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (<i>nepafenac</i>)	Nivel 3	ST; QL (9 ML por 16 días)
Oftálmicos - Betabloqueantes-Combinaciones Adrenérgicas - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones de Betabloqueantes-Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para el Glaucoma		
<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	
Oftálmicos - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para el Glaucoma		
<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	
Oftálmico - Agentes que Agotan la Cistina - Medicamentos para los Ojos		
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
Oftálmicos - Descongestionantes - Medicamentos para la Picazón en los Ojos		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Agentes Diagnóstico - Medicamentos para los Ojos		
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	
Oftálmico - Combinaciones de Glucocorticoides y AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>prednisolone acetate-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</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>prednisolone sod ph-bromf (pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.09 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Factor de Crecimiento Nervioso Humano (hNGF)- Medicamentos para los Ojos		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (<i>cenegermin-bkbj</i>)	Nivel 4	PA
Oftálmico - Agentes Reductores de la Presión Intraocular, Betabloqueantes - Medicamentos para el Glaucoma		
<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	
Oftálmico - Combinaciones de Anestésicos Locales - Medicamentos para los Ojos		
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	
Oftálmico - Ésteres Anestésicos Locales - Medicamentos para los Ojos		
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %)	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
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	
Oftálmico - Anestésico Local, Amidas - Medicamentos para los Ojos		
AKTEN (PF) OPHTHALMIC (EYE) GEL 3.5 % (<i>lidocaine hcl/pf</i>)	Nivel 3	
Oftálmico - Degeneración Macular, Relacionada con la Edad, Agentes Terapéutico - Medicamentos para los Ojos		
BEOVU INTRAVITREAL SYRINGE 6 MG/0.05 ML (<i>brolucizumab-dbli</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
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab</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 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
Oftálmico - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para la Picazón en los Ojos		
ALOCRILOPHTHALMIC (EYE) DROPS 2 % (<i>nedocromil sodium</i>)	Nivel 2	ST; QL (20 ML por 30 días)
ALOMIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (<i>Iodoxamide 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)
Oftálmico - Combinaciones Midriático-AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
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	
Oftálmico - Agentes de Terapia Fotodinámica - Medicamentos para los Ojos		
VISUDYNE INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG (<i>verteporfin</i>)	Nivel 4	
Oftálmico - Combinación de Inhibidor de Rho Quinasa y Análogo de Prostaglandina - Medicamentos para el Glaucoma		
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % (<i>netarsudil mesylate/latanoprost</i>)	Nivel 3	ST; QL (2.5 ML por 25 días)
Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Medicamentos para los Ojos		
GELFILM OPHTHALMIC (EYE) FILM (<i>gelatin</i>)	Nivel 3	
Oftálmico - Agentes Viscoelásticos - Medicamentos para los Ojos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Mezclas Antibacterianas Oftálmicas - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<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	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 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>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglucósidos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<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 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (<i>tobramycin</i>)	Nivel 2	
Antibiótico Oftálmico - Inhibidores de la Deshidropeptidasa - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
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	
Antibiótico Oftálmico - Macrólidos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 % (<i>azithromycin</i>)	Nivel 3	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Sulfonamidas - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (<i>natamycin</i>)	Nivel 3	
Antibiótico Oftálmico - Tipo Polieno Tetraeno - Medicamentos para los Ojos		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (<i>natamycin</i>)	Nivel 3	
Antibiótico Oftálmico - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Nivel 1	
Antivirales Oftálmicos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % (<i>ganciclovir</i>)	Nivel 3	ST
Reductores de Presión Oftálmico-Intraocular, Agonistas Sel Alfa Adrenérgicos - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Nivel 1	
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % (<i>apraclonidine 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
Agentes Reductores de la Presión Oftálmico-Intraocular, Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma		
<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)
Agentes Reductores de la Presión Oftálmico-Intraocular, Inhibidores de la Rho Quinasa - Medicamentos para el Glaucoma		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (<i>netarsudil mesylate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2.5 ML por 30 días)
Antagonistas del Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A) - Medicamentos para los Ojos		
BEOVU INTRAVITREAL SYRINGE 6 MG/0.05 ML (<i>brolocizumab-dbli</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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Inhibidores del Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascolar (VEGF-A y PIGF) - Medicamentos para los Ojos		
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
Soluciones para la Preservación de Órganos		
Soluciones Micropléjicas		
<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	
Soluciones para la Preservación de Órganos - Medicamentos para el Corazón		
Soluciones Cardiopléjicas y de Conservación de Otros Órganos Relacionados - Medicamentos para el Corazón		
CUSTODIOL HTK PERFUSION SOLUTION 9 MMOL-198 MMOL -2 MMOL/L (<i>cardioplegic and organ preservation solution no.1</i>)	Nivel 3	
Soluciones Cardiopléjicas - Medicamentos para el Corazón		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 DEL NIDO FORMULA PERFUSION SOLUTION 26 MEQ/1,052.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.16)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM PERFUSION SOLUTION 108 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.10)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 4:1 PLASMALYT PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/542 ML (POTASSIUM) (cardioplegic no.23 (induction 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 48 MEQ/522.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.27 (induction 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH PERFUSION SOLUTION 70 MEQ/300 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.18 (induction 8:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/415 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.22 (induction 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.30 (induction 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1 PERFUSION SOLUTION 100 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.15 (induction 8:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAIN 8:1 NO-ENRCH PERFUSION SOLUTION 24 MEQ/300 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.32 (maintenance 8:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 PLASMA PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/1,047 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.31 (maintenance 4:1))	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 MAINT 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 12 MEQ/504.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.29 (maintenance 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 20 MEQ/810 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.20 (maintenance 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/L (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.26 (maintenance 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.14 (maintenance 8:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 15 MEQ/477.5 ML (POTASSIUM) (cardioplegic no.21 (reperfusate 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 15 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.28 (reperfusate 4:1))	Nivel 3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 7.5 MEQ/238.75 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.24 (reperfusate 4:1))	Nivel 3	
CARDIOPLEGIA WARM INDUCT 4:1 PERFUSION SOLUTION 40 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.33 (warm induction 4:1))	Nivel 3	
cardioplegic no.17(induct 4:1) perfusion solution 50 meq/500 ml (potassium)	Nivel 1	
cardioplegic no.19 (maint 4:1) perfusion solution 40 meq/l (potassium)	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>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	
Ótico (Oído) - Medicamentos para el Oído		
Ótico (Oído) - Combinaciones Antiinfecciosas y Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
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	
Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibióticos		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibióticos		
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</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
Ótico (Oído) - Combinaciones de Pabellón Auricular - Antibióticos		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (<i>hydrocortisone/pramoxine hcl/chloroxylonol</i>)	Nivel 3	
Agentes de Terapia Respiratoria - Medicamentos para los Pulmones		
Combinaciones de Antihistamínicos y Descongestionantes de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
<i>phenylephrine hcl/promethazine hcl</i> (Promethazine Vc Oral Syrup 6.25-5 Mg/5 MI)	Nivel 1	
Combinaciones de Antihistamínico-Descongestionante-Anticolinérgico de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG (<i>pseudoephedrine hcl/chlorpheniramine maleate/bellad alk</i>)	Nivel 1	
Combinaciones de Antihistamínicos y Descongestionantes de 2da Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
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)
Antihistamínico - 1ra Generación - Etanolaminas - Medicamentos para Alergias		
<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 MI)	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
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)
Antihistamínico - 1ª Generación - Fenotiazinas - Medicamentos para las Alergias		
<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	
Antihistamínico - 1ra Generación - Piperidinas - Medicamentos para Alergias		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
Antihistamínico - 1ra Generación - Medicamentos para Alergias		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
Antihistamínico - 2da Generación - Medicamentos para Alergias		
<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)
<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	
Antihistamínico - 2da Generación - Piperazinas - Medicamentos para Alergias		
<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	
Antihistamínico - 2da Generación - Piperidinas - Medicamentos para Alergias		
<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)
Antitusivos - No Opioides - Medicamentos para las Alergias		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Terapia del Asma - Agentes Alfa/Beta Adrenérgicos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>epinephrine injection syringe 0.1 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
Terapia del Asma - Inhibidores de Inmunoglobulina E (IgE), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
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
Terapia del Asma - Corticosteroides Inhalados (Glucocorticoides) - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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)
<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/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (<i>budesonide</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
QVAR REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (<i>beclomethasone dipropionate</i>)	Nivel 3	ST; QL (21.2 GM por 30 días)
Terapia del Asma - Antagonistas Alfa del Receptor de Interleucina-4 (IL-4), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
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
Terapia del Asma - Inhibidores de Interleucina-5 (IL-5), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Terapia del Asma - Antagonistas Alfa del Receptor de Interleucina-5 (IL-5), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML (<i>benralizumab</i>)	Nivel 4	PA
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML (<i>benralizumab</i>)	Nivel 4	PA
Terapia del Asma - Antagonistas de los Receptores de Leucotrienos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<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	
Terapia del Asma - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
Terapia del Asma - Inhibidor de Linfopoyetina del Estroma Tímico, MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
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
Terapia del Asma - Xantinas - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>theophylline anhydrous</i> (Elixophyllin Oral Elixir 80 Mg/15 Ml)	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
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	
Asma/EPOC (COPD) - Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 (PDE4) - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
Asma/EPOC (COPD) - Agentes Anticolinérgicos Inhalados de Acción Prolongada - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
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)
Asma/EPOC (COPD) - Agentes Anticolinérgicos Inhalados de Acción Corta - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (<i>ipratropium bromide</i>)	Nivel 2	QL (25.8 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>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Nivel 1	
Asma/EPOC (COPD) - Agentes Beta 2 Adrenérgicos, Inhalados, de Acción Ultralarga - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION (<i>olodaterol hcl</i>)	Nivel 2	QL (4 GM por 30 días)
Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Agentes Beta 2 Adrenérgicos, Inhalados, de Acción Prolongada - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<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)
Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Agentes Beta 2- Adrenérgicos, Inhalados, de Acción Corta - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<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	
Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Agentes Beta Adrenérgicos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 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>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	
Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Combinaciones Beta Adrenérgicas y Anticolinérgicas - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
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)
Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Combinaciones Beta Adrenérgicas y Glucocorticoides - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Tx Asma/EPOC (COPD) - Combinación Beta-Adrenérgica-anticolinérgica-Glucocorticoide - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
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)
Fibrosis Quística - Aminoglucósidos Inhalados - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
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
Fibrosis Quística - Monobactamas Inhaladas - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML (<i>aztreonam lysine</i>)	Nivel 4	PA
Fibrosis Quística - Agentes Osmóticos Inhalados - Medicamentos para la Fibrosis Quística		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG (<i>mannitol</i>)	Nivel 4	ST; QL (20 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
Fibrosis Quística - Potenciador del Regulador de Conductancia Transmembrana (CFTR) - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
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
Potenciador y Corrector Cmb del Reg (CFTR) de Conducta Transmembránica de Fibra Quística - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
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
Inhibidores de Elastasa - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG (<i>alpha-1-proteinase inhibitor</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
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	
Surfactantes Pulmonares - Medicamentos para los Pulmones		
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	
Mucolíticos - Medicamentos para los Pulmones		
<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
Anestésicos Nasales - Alergia		
<i>cocaine nasal solution 4 %</i>	Nivel 1	
NUMBRINO NASAL SOLUTION 4 % (<i>cocaine hcl</i>)	Nivel 1	
Anticolinérgicos Nasales - Alergia		
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Antihistamínicos Nasales y Esteroides Antiinflamatorios - Alergia		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Nivel 1	ST; QL (23 GM por 30 días)
Antihistamínicos Nasales - Alergia		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
Corticosteroides Nasales - Alergia		
<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)
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)
Preparaciones Nasales - Agonista Parcial del Receptor Nicotínico - Medicamentos para la Nariz		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (<i>varenicline tartrate</i>)	Nivel 3	PA
Descongestionantes Simpaticomiméticos nasales (Intranasales) - Alergia		
<i>epinephrine hcl nasal solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Antihistamínicos y Descongestionantes No Opioides de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i> (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 MI)	Nivel 1	
<i>brompheniramine-pseudoeph-dm oral syrup 2-30-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Antitusivos y Antihistamínicos No Opioides - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Antitusivos Opioides y Antihistamínicos de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
<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)
Combinaciones de Opioides Antitusivos y Anticolinérgicos - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
<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)
Agentes Esclerosantes Pleurales - Medicamentos para los Pulmones		
SCLEROSOL INTRAPLEURAL INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 4 GRAM (<i>talc</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>sterile talc intrapleural suspension for reconstitution 5 gram</i>	Nivel 1	
STERITALC INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 3 GRAM (<i>talc</i>)	Nivel 3	
STERITALC INTRAPLEURAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2 GRAM, 4 GRAM (<i>talc</i>)	Nivel 3	
Agentes para el Tratamiento de la Fibrosis Pulmonar - Terapia Antifibrótica - Medicamentos para los Pulmones		
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Nivel 4	PA
Agentes para el Tratamiento de la Fibrosis Pulmonar - Inhibidores Multiquinasa - Medicamentos para los Pulmones		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (<i>nintedanib esylate</i>)	Nivel 4	PA
Productos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
Antibacteriano Vaginal - Lincosamidas - Medicamentos para Infecciones		
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
Antifúngico Vaginal - Imidazoles - Medicamentos para Infecciones		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (<i>butoconazole nitrate</i>)	Nivel 2	
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	
Antifúngico Vaginal - Triazoles - Medicamentos para Infecciones		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</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
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotozoario-Antibacteriano Vaginal - Derivados del Nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones		
<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	
Mezclas Antisépticas Vaginales - Medicamentos para Infecciones		
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	
Estrógenos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<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	
Progestágenos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (<i>progesterone, micronized</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

Índice de Medicamentos

A		
<i>abacavir</i>	52	
<i>abacavir-lamivudine</i>	54	
ABILIFY ASIMTUFII	166, 167	
ABILIFY MANTENA	167	
<i>abiraterone</i>	67, 70	
ABRYSO (PF)	99	
<i>acamprosate</i>	189	
<i>acarbose</i>	266	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIP	346, 404	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	359, 404	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS	347, 404	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	359, 404	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	359, 404	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP	347, 404	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	359, 404	
<i>Accutane</i>	212	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS	347, 404	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	396, 404	
<i>acebutolol</i>	134	
<i>acetaminophen-codeine</i>	19	
<i>acetazolamide</i>	139	
<i>acetic acid</i>	311, 492	
<i>acetylcysteine</i>	39, 505	
ACIOXIA	234	
ACIPHEX SPRINKLE	297	
<i>acitretin</i>	225	
ACTEMRA	32	
ACTEMRA ACTPEN	32	
ACTHAR	262	
ACTHIB (PF)	113	
ACTI-LANCE LANCETS	359, 404	
ACTIMMUNE	46	
ACUVAIL (PF)	480	
<i>acyclovir</i>	60, 227	
ADACEL(TDAP ADOLESNIADULT)(PF)	110, 111	
ADAKVEO	333	
<i>adalimumab-adaz</i>	23, 26, 304	
<i>adapalene</i>	216	
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	216	
ADASUVE	164	
ADBRY	220	
ADCETRIS	71, 92	
ADDYI	179	
<i>adefovir</i>	58	
ADEINZDE	215	
ADEMPAS	143	
adenovirus vac live type-4, 7	108, 117	
adenovirus vaccine live type-4	108, 117	
adenovirus vaccine live type-7	108, 117	
ADLARITY	193	
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN	284	
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO	284	
ADUHELM	193	
ADULT ASPIRIN REGIMEN	36, 334	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN	36, 334	
ADVAIR HFA	501	
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT	230	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP	347, 404	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	359, 404	
ADVATE	323	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST	355, 404	
ADVOCATE LANCET	359, 405	
ADVOCATE REDICODE PLUS	347, 405	
ADYNOVATE	323	
ADZENYS XR-ODT	168, 177	
ADZYNMA	318	
AEMCOLO	64	
AEROCHAMBER MINI	396, 405	
AEROCHAMBER MV	396, 405	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	396, 405	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK	396, 405	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK	397, 405	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK	397, 405	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT	397, 405	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK	397, 405	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK	397, 405	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK	397, 405	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG	397, 405	
AEROTRACH PLUS	397, 405	
AEROVENT PLUS	397, 405	
<i>Afirmelle</i>	197	
AFREZZA	282	
AFSTYLA	323	
AFTER PILL	210, 211	
AFTERA	210, 211	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS	347, 406	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS	347, 406	
AGAMREE	277	
AGGRASTAT CONCENTRATE	333	
AGGRASTAT IN SODIUM CHLORIDE	334	
AIMOVIG AUTOINJECTOR	180	
AIMSCO LATEX CONDOM	370, 406	
AIRDUO DIGIHALER	502	
AIRSUPRA	502	
AJOVY AUTOINJECTOR	180	
AJOVY SYRINGE	180	
AKEEGA	66	
AKLIEF	216	
AKTEN (PF)	483	
AKYNZEO (NETUPITANT)	294	
<i>Ala-Cort</i>	230	
<i>Ala-Scalp</i>	230	
<i>albendazole</i>	43	
<i>albuterol sulfate</i>	500, 501	
<i>Alcaine</i>	482	
<i>alclometasone</i>	230	
ALCOHOL PADS	97	
ALCOHOL PREP PADS	97	

<i>alcohol swabs</i>	97	<i>Amethia</i>	195	APIDRA SOLOSTAR U-100	
ALCOHOL WIPES	97	<i>Amethyst (28)</i>	197	INSULIN	285
ALDURAZYME	463	<i>amiloride</i>	139	APIDRA U-100 INSULIN	285
ALECENSA	70	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		APLIGRAF	244
<i>alendronate</i>	272	.....	140	<i>apomorphine</i>	160
ALFERON N	235	<i>aminocaproic acid</i>	328	<i>apraclonidine</i>	487
<i>alfuzosin</i>	313	<i>amiodarone</i>	127	<i>aprepitant</i>	294
ALINIA	47	<i>amitriptyline</i>	158	APRETUDE	49
<i>aliskiren</i>	144	<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i>		<i>Apri</i>	197
ALKINDI SPRINKLE	277	.....	157, 172	APTIOM	150
ALLERGIST TRAY 1/2 ML		AMJEVITA(CF)	23, 26, 304	APTIVUS	63
27GX3/8	371, 406	AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR		AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE	
ALLERGIST TRAY		.....	23, 26, 304	.....	371, 406
INTRADERMAL BEV	371, 406	<i>amlodipine</i>	136	AQINJECT LUER LOCK	
ALLERGIST TRAY REGULAR		<i>amlodipine-atorvastatin</i>	133	SYRINGE	372, 406
BEVEL	371, 406	<i>amlodipine-benazepril</i>	122	AQINJECT SAFETY NEEDLE 372,	
ALLERGY SYRINGE	371, 406	<i>amlodipine-olmesartan</i>	123	406	
<i>allopurinol</i>	317	<i>amlodipine-valsartan</i>	124	AQINJECT SAFETY SYRINGE	
<i>almotriptan malate</i>	181	<i>amlodipine-valsartan-hcthiamid</i>		.....	372, 406, 407
ALOCRIAL	484	.....	124	AQINJECT STANDARD NEEDLE	
<i>alogliptin</i>	266	<i>ammonium lactate</i>	229	.....	372, 407
<i>alogliptin-metformin</i>	270	<i>Amnesteem</i>	212	ARAKODA	46
<i>alogliptin-pioglitazone</i>	270	AMONDYS-45	342	ARALAST NP	504
ALOMIDE	484	<i>amoxapine</i>	158	<i>Aranella (28)</i>	207
<i>alosetron</i>	301, 306	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i>		ARANESP (IN POLYSORBATE)	
ALPHANATE	324	.....	300	.....	321
ALPHANINE SD	322	<i>amoxicillin</i>	42, 43	ARCALYST	23
<i>alprazolam</i>	145, 172	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	43	AREXVY (PF)	99
ALPRAZOLAM INTENSOL	145,	<i>amphetamine</i>	168, 177	<i>arformoterol</i>	500
172		<i>amphetamine sulfate</i>	168, 178,	<i>argatroban</i>	336
ALPROLIX	322	185		<i>argatroban in 0.9 % sod chlor</i> 336	
ALTABAX	221	<i>ampicillin</i>	43	ARIDOL BRONCHIAL	
ALTACAINE	483	AMVISC	485	CHALLENGE	248
ALTAFLUOR BENOX	481, 482	AMVISC PLUS	485	ARIKAYCE	42
<i>Altavera (28)</i>	197	AMVUTTRA	264	<i>aripiprazole</i>	167, 176
ALTERNATE SITE LANCET	359,	<i>amyl nitrite</i>	40, 125	ARISTADA	167
406		ANACAINE	242	<i>armodafinil</i>	185
ALTOPREV	129	<i>anagrelide</i>	334	ARMONAIR DIGIHALER	496
ALTRENO	217	ANA-LEX KIT	39	ARMOUR THYROID	290
ALTUVIIIIO	324	ANALPRAM-HC	234	ARNUITY ELLIPTA	496
ALUNBRIG	70	ANASCORP	100	<i>arsenic trioxide</i>	75
ALVAIZ	337	ANASTIA	241	ARTISS	240
ALVESCO	496	<i>anastrozole</i>	74	ARZERRA	77
<i>alvimopan</i>	41	ANDRODERM	264	ASCENIV	104
<i>Alyacen 1/35 (28)</i>	197	ANGELIQ	273	<i>Ascomp With Codeine</i>	19
<i>Alyacen 7/17 (28)</i>	207	ANKTIVA	83	ASCOR	261
ALYMSYS	67	ANNOVERA	209	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i>	261
<i>Alyq</i>	144	ANORO ELLIPTA	501	<i>asenapine maleate</i>	161, 176
<i>amantadine hcl</i>	160	<i>anticoag citrate phos dextrose</i>		<i>Ashlyna</i>	196
<i>ambrisentan</i>	143	.....	319	ASMANEX HFA	496
<i>amcinonide</i>	230	ANUCORT-HC	38	ASMANEX TWISTHALER	496
AMELUZ	239	ANZEMET	294	ASPARLAS	75

<i>aspirin</i>	37, 334	AVONEX	470, 471	BD ECLIPSE LUER-LOK 372, 373,	
ASPIRIN CHILDRENS	36, 334	AVSOLA	23, 26, 304	408	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	333	<i>Ayuna</i>	198	BD FILTER NEEDLE 5-MICRON	
ASSURE 4 STRIPS	347, 407	AYVAKIT	86	NOKO	373, 408
ASSURE LANCE	359, 407	<i>azacitidine</i>	73	BD FILTER NEEDLE-5 MICRON	
ASSURE LANCE PLUS	359, 407	AZASITE	487	.....	373, 408
ASSURE PLATINUM TEST		<i>azathioprine</i>	31, 340	BD INSULIN SYRINGE (HALF	
STRIP	347, 407	<i>azelaic acid</i>	213, 239	UNIT)	368, 408
ASSURE PRISM MULTI STRIP		<i>azelastine</i>	477, 506	BD INSULIN SYRINGE U-500	
.....	347, 407	<i>azelastine-fluticasone</i>	505	.....	368, 408
ASTAGRAF XL	338	AZELEX	213, 240	BD INSULIN SYRINGE	
ASTRINGYN	328	<i>azithromycin</i>	61	ULTRA-FINE	369, 408
<i>atazanavir</i>	63	AZSTARYS	168	BD INTEGRA NEEDLE ...373, 409	
<i>atenolol</i>	134	<i>Azurette (28)</i>	196	BD INTEGRA SYRINGE .373, 409	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	137	B		BD INTERLINK BLUNT	
ATGAM	108	B COMPLEX 100	253	PLASTIC CAN	373, 409
<i>atomoxetine</i>	172	<i>bacitracin</i>	486	BD INTERLINK SYRINGE	373,
ATORVALIQ	129	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	485	409	
<i>atorvastatin</i>	129	<i>baclofen</i>	345	BD INTRADERMAL BEVEL	
<i>atovaquone</i>	47	BACTERIOSTATIC WATER-		NEEDLES	373, 409
<i>atovaquone-proguanil</i>	46	OGIVRI	254	BD LUER-LOK BULK SYRINGE	
ATRAPRO CP	229	BAFIERTAM	471	.....	374, 409
ATROPEN	141	BALCOLTRA	198	BD LUER-LOK SYRINGE	374,
<i>atropine</i>	477	BALFAXAR	322	409, 410	
<i>atropine sulfate (pf)</i>	477	<i>balsalazide</i>	302	BD LUER-LOK TIP CONTROL	
ATROVENT HFA	499	BALVERSA	79	SYRING	374, 410
ATRYN	333	<i>Balziva (28)</i>	198	BD MICROTAINER LANCET	
<i>Aubra</i>	197	BAQSIMI	263	.....	359, 410
<i>Aubra Eq</i>	197	BARACLUDE	58	BD NANO 2ND GEN PEN	
AUGTYRO	86	BASADROX	220	NEEDLE	369, 410
<i>Aurovela 1.5/30 (21)</i>	197	BASAGLAR KWIKPEN U-100		BD NOKOR ADMIX NEEDLE	
<i>Aurovela 1/20 (21)</i>	197	INSULIN	283	.....	374, 410
<i>Aurovela 24 Fe</i>	197	BAVENCIO	91	BD POSIFLUSH NORMAL	
<i>Aurovela Fe 1.5/30 (28)</i>	198	BAXDELA	57	SALINE 0.9	259
<i>Aurovela Fe 1-20 (28)</i>	198	BAYER ASPIRIN	37, 334	BD PRECISIONGLIDE ...375, 410	
AURYXIA	256, 312, 313	BAYER LOW DOSE ASPIRIN .37,		BD PRECISIONGLIDE NON-	
AUSTEDO	182, 183, 184	334		STERILE	375, 410
AUSTEDO 12MG START		B-COMPLEX INJECTION	253	BD REGULAR BEVEL NEEDLES	
TITR(WKI-4)	182, 183, 184	BD ALCOHOL SWABS	97	.....	375, 411
AUSTEDO TD TITRATN PK		BD ALLERGIST TRAY REG		BD SAFETYGLIDE ALLERGIST	
(WK 1-2)	182, 183, 184	BEVEL	372, 407	TRAY	375, 411
AUSTEDO XR	182, 183, 184	BD ALLERGY SYRINGE ..372, 407		BD SAFETYGLIDE NEEDLE ..375,	
AUSTEDO XR TITRATION		BD AUTOSHIELD DUO PEN		411	
KT(WKI-4)	183, 184	NEEDLE	368, 407	BD SAFETYGLIDE SHIELDING	
AUVELITY	155	BD BLUNT PLASTIC CANNULA		REG	375, 411
AVASTIN	67	.....	372, 407	BD SAFETYGLIDE SYRINGE 375,	
AVEED	264	BD BULK SYRINGE SLIP TIP 372,		411	
AVEIDA	239	407		BD SAFETYGLIDE TB REG	
<i>Aviane</i>	198	BD ECCENTRIC TIP SYRINGE		BEVEL	375, 411
AVITA	217	.....	372, 407	BD SAFETYGLIDE	
AVITENE	329	BD ECLIPSE	373, 408	TUBERCULIN	376, 411
AVITENE FLOUR	329				

BD SHORT BEVEL NEEDLES.....376, 411	BENLYSTA 33	BIVIGAM 104
BD SHORT BEVEL THIN WALL.....376, 412	benzhydrocodone- acetaminophen 20	bleomycin 91
BD SLIP TIP SYRINGE.....376, 412	benznidazole 47	BLINCYTO 94
B-D SLIP TIP SYRINGE 376	benzonatate 495	Blisovi 24 Fe 198
B-D SLIP TIP SYRINGE 412	benzoyl peroxide 216	Blisovi Fe 1.5/30 (28) 198
BD SPECIALTY USE NEEDLES.....376, 412	benzphetamine 251	Blisovi Fe 1/20 (28) 198
BD SYRINGE.....377, 413	benztropine 160	BLOOD GLUCOSE TEST 347, 414
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE 376, 412	BEOVU 483, 488	BLULINK BG SYSTEM REFILL 359, 414
BD SYRINGE CATHETER TIP.....376, 412	bepotastine besilate 477	BLULINK GLUCOSE TEST STRIP 347, 414
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE.....376, 377, 412	BERINERT 320	blunt needle, disposable .377, 414
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE.....377, 412, 413	BESIVANCE 486	BOOSTRIX TDAP 111
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE 377, 413	BESPONSA 71, 92	bortezomib 85
BD SYRINGE-DUAL CANNULA.....377, 413	BESREMI 80	bosentan 144
BD TUBERCULIN SLIP-TIP ..377, 413	betaine 465	BOSULIF 86
BD TUBERCULIN SYRINGE .377, 413	BETALOAN SUIK 277	BOTOX 344
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE.....369, 413	betamethasone dipropionate 230	BP 10-1 214
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 369, 413	betamethasone valerate 230	BPO 216
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....369, 413	betamethasone, augmented .230, 231	BRAFTOVI 75
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....369, 413	BETASERON 471	BREATHERITE MDI SPACER 397, 414
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....369, 414	betaxolol 134, 482	BREATHERITE SPACER-MASK, NEO 397, 415
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 369, 414	bethanechol chloride 317	BREATHERITE SPACER- MASK,ADULT 397, 415
BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....369, 370, 414	BETIMOL 482	BREATHERITE SPACER- MASK,CHILD 397, 415
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST 355, 414	BETOPTIC S 482	BREATHERITE SPACER- MASK,INFANT 398, 415
BELEODAQ 80	bevacizumab 483, 488	BREATHERITE SPACER- MASK,S.CHLD 398, 415
belladonna alkaloids-opium ..300	BEVESPI AEROSPHERE 501	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER 398, 415
BELRAPZO 69	bexagliflozin 269	BREATHERITE VALVED MDI SPACER 398, 415
BELSOMRA 187	bexarotene 89, 225	BREEZE 2 TEST STRIPS .347, 415
benazepril 122	BEXSERO 116	BRENZAVVY 269
benazepril-hydrochlorothiazide 122	BEYAZ 198	BREO ELLIPTA 502
bendamustine 69	BEYFORTUS 100	BREXAFEMME 45
BENDEKA 69	bicalutamide 70	Breyna 502
BENEFIX 322	BIJUVA 274	BREZTRI AEROSPHERE 503
	BIKTARVY 54	Briellyn 198
	bimatoprost 488	BRILINTA 333
	BIMZELX 218	brimonidine 240, 487
	BIMZELX AUTOINJECTOR 218	brimonidine-dorzolamide (pf) 475
	BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST 355, 414	brimonidine-timolol 480
	BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST 355, 414	BRINEURA 461
	BIOGLO 481	brinzolamide 480
	BIOLON 485	BRIUMVI 470
	BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS 347, 414	BRIVIACT 153
	bismuth subcit k-metronidz-tcn 300	
	bisoprolol fumarate 134	
	bisoprolol-hydrochlorothiazide 137	
	bivalirudin 337	

BRIXADI	188
Bromfed Dm	507
bromfenac	480
bromocriptine	160
brompheniramine-pseudoeph- dm	507
BRONCHITOL	504
BRUKINSA	76, 86
budesonide	303, 496
budesonide-formoterol	502
BULLSEYE MINI SAFETY	
LANCETS	359, 415
bumetanide	139
buprenorphine	21
buprenorphine hcl	21, 188
buprenorphine-naloxone	188
bupropion hcl	157, 158
bupropion hcl (smoking deter)	189
bupirone	146
busulfan	68
butalbital-acetaminop-caf-cod	19
butalbital-acetaminophen	22
butalbital-acetaminophen-caff	22
butalbital-aspirin-caffeine	36
butorphanol	21
BUTTERFLY TOUCH LANCET	359, 415
BYDUREON BCISE	267
BYETTA	267
BYLVAY	338
BYOOVIZ	483, 488
C	
CABENUVA	50
cabergoline	289
CABLIVI	318
CABOMETYX	83
cabotegravir	49
CABTREO	215
CADIRA COMPLIANT BLOOD	
STAT	403
caffeine citrate	178
calcipotriene	226
calcipotriene-betamethasone	217
calcitonin (salmon)	273
calcitriol	226, 261, 464
calcium acetate(phosphat bind)	312
CALQUENCE	
(ACALABRUTINIB MAL)	76, 86
Camila	206
CAMPTOSAR	89
CAMRESE	196
CAMRESE LO	196
CAMZYOS	137
candesartan	125
candesartan-hydrochlorothiazid	124
cantharidin in acetone	236
capecitabine	73
CAPEX	231
CAPLYTA	164
CAPRELSA	86
captopril	122
captopril-hydrochlorothiazide	122
CARBAGLU	465
carbamazepine	150, 174
CARBATROL	150, 174
carbidopa	159
carbidopa-levodopa	159
carbidopa-levodopa-entacapone	158
carbinoxamine maleate	493, 494
carboplatin	84
CARDIOPLEGIA DEL NIDO	
FORMULA	490
CARDIOPLEGIA HIGH	
POTASSIUM	490
CARDIOPLEGIA IND 4	
I PLASMALYT	490
I RINGER	490
CARDIOPLEGIA IND 8	
I NON-ENRCH	490
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4	
I 490	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8	
I 490	
CARDIOPLEGIA MAIN 8	
I NO-ENRCH	490
CARDIOPLEGIA MAINT 4	
I PLASMA	490
I RINGER	491
CARDIOPLEGIA	
MAINTENANCE 4	
I 491	
CARDIOPLEGIA	
MAINTENANCE 8	
I 491	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE	
4	
I 491	
CARDIOPLEGIA WARM	
INDUCT 4	
I 491	
cardioplegic no.17(induct 4 I) 491	
cardioplegic no.19 (maint 4 I) 491	
cardioplegic soln	492
cardioplegic solution no.25	492
CARDURA XL	141
CAREONE ULTRA THIN	
LANCET	359, 415
CAREPOINT LUER LOCK	
SYRINGE	378, 415
CAREPOINT LUER LOCK SYR- NEEDLE	378, 415
CAREPOINT LUER SLIP	
SYRINGE	378, 416
CAREPOINT LUER SLIP	
SYRING-NDL	378, 416
CAREPOINT PRECISION	
NEEDLE	378, 416
CAREPOINT SAFETY LL SYR- NEEDLE	378, 416
CARESENS LANCETS	360, 416
CARESENS N TEST STRIPS	347, 416
CARESTART COVID-19 AG	
HOME TST	356, 416
CARETOUCH ALCOHOL PREP	
PAD	97
CARETOUCH HYPODERMIC	
NEEDLE	378, 416
CARETOUCH LUER LOCK	
SYRINGE	378, 416
CARETOUCH LUER LOCK SYR- NEEDLE	378, 416
CARETOUCH LUER SLIP	
SYRINGE	379, 416, 417
CARETOUCH SAFETY	
LANCETS	360, 417
CARETOUCH TEST STRIP	347, 417
CARETOUCH TWIST LANCET	360, 417
carglumic acid	465
carisoprodol	345
carisoprodol-aspirin	344
carisoprodol-aspirin-codeine	346
carmustine	69
carteolol	482

Cartia Xt	135	chlorhexidine gluconate	468	citric-sod citrat-sod phos-dex	319
carvedilol	123	chloroquine phosphate	46	cladribine	72
carvedilol phosphate	123	chlorpromazine	165	Claravis	212
CAVERJECT	250	chlorthalidone	140	CLARINEX-D 12 HOUR	493
CAVERJECT IMPULSE	249	chlorzoxazone	345	clarithromycin	61
CAYA CONTOURED	357, 417	CHOICEDM CLARUS	347, 418	CLEANSING WASH	214, 240
CAYSTON	503	CHOLBAM	294	CLEARSHIELD SODIUM	
Caziant (28)	207	cholestyramine (with sugar) .	127, 128	CHLOR FLUSH	260
cefaclor	56	Cholestyramine Light	128	clemastine	493, 494
cefadroxil	56	cholestyramine-aspartame	128	CLENPIQ	309
cefdinir	56	choline,magnesium salicylate ..	36	CLEOCIN	508
cefixime	56	chorionic gonadotropin, human		CLEVER CHEK LANCETS	360, 418
cefpodoxime	56	.....	281	CLEVER CHOICE CHAMBER-	
cefprozil	56	CHOSEN LANCET	360, 418	LRG MASK	398, 418
cefuroxime axetil	56	CHOSEN SAFETY LANCET ..	360, 418	CLEVER CHOICE CHAMBER-	
celecoxib	34	MED MASK	398, 418	CLEVER CHOICE CHAMBER-	
CELLTRION DIATRUST COV-19		CIBINQO	219	SM MASK	398, 418
HOME	356, 417	CICLODAN KIT	222	CLEVER CHOICE MICRO TEST	
CEM-UREA	236	ciclopirox	222, 223	STRIP	348, 418
CENTANY AT	220	ciclopirox-ure-camph-menth-		CLEVER CHOICE PRO ..	348, 418
cephalexin	56	euc	223	CLEVER CHOICE TALK TEST	
CEPROTIN (BLUE BAR)	336	cilostazol	334	.....	348, 418
CEPROTIN (GREEN BAR)	336	CILOXAN	486	CLEVER CHOICE TEST STRIPS	
CEQUA	479	CIMDUO	51	.....	348, 418
CEQR SIMPLICITY	401, 417	CIMERLI	483, 489	CLEVER CHOICE VOICE PLUS	
CEQR SIMPLICITY INSERTER		cimetidine	296	TEST	348, 418
.....	360, 417	cimetidine hcl	296	CLIMARA PRO	274
CERDELGA	464	CIMZIA	24, 26, 305	clindamycin hcl	60
CEREZYME	462	CIMZIA POWDER FOR		clindamycin palmitate hcl	61
CERVIDIL	262	RECONST	23, 26, 304	Clindamycin Pediatric	61
CETACAINE	238	CIMZIA STARTER KIT ..	24, 26, 304	clindamycin phosphate ..	213, 508
CETACAINE ANESTHETIC	238	cinacalcet	273	clindamycin-benzoyl peroxide	
cetirizine	495	CINQAIR	497	.....	214
cetorelix	287	CINRYZE	320	CLINDESSE	508
cevimeline	469	CIPRO	57	CLINITEST COVID-19 HOME	
Charlotte 24 Fe	198	CIPRO HC	492	TEST	356, 418
Chateal (28)	198	ciprofloxacin	57	CLINPRO 5000	466
Chateal Eq (28)	199	ciprofloxacin hcl	57, 486, 492	clobazam	146, 172
CHEK-STIX CONTROL ..	246, 403, 417	ciprofloxacin-dexamethasone		clobetasol	231
.....	417	.....	492	clobetasol-emollient	231
CHEMET	41	ciprofloxacin-fluocinolone	492	clocortolone pivalate	231
CHEMSTRIP 10 MD	247, 417	cisplatin	84	CLODAN KIT	235
CHEMSTRIP 10/SG	247, 417	citalopram	155	clofarabine	72
CHEMSTRIP 2 GP	247, 417	CITRANATAL (DUAL-IRON)	257	Clomid	276
CHEMSTRIP 50B	247, 417	CITRANATAL 90 DHA (ALGAL		clomiphene citrate	276
CHEMSTRIP 7	247, 417	OIL)	258	clomipramine	158
CHEMSTRIP 9	247, 418	CITRANATAL ASSURE	258	clonazepam	145, 146, 147, 172
CHEMSTRIP 9	247, 418	CITRANATAL DHA (ALGAL		clonidine	138
CHENODAL	296	OIL)	258	clonidine hcl	138, 168
CHILDREN'S ASPIRIN	37, 334	CITRANATAL HARMONY		clopidogrel	335
chlordiazepoxide hcl	145, 172	(IRON FUM)	258		
chlordiazepoxide-clidinium ...	172, 299, 300				

<i>clorazepate dipotassium</i> 145, 173	CORDRAN 231	cyclop-trop-propa-phen-ket-wat 474
<i>clotrimazole</i> 223, 468	CORDRAN TAPE LARGE ROLL 231	cycloserine 55
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 224	CORDX COVID-19 AG HOME TEST 356, 419	CYCLOSET 266
<i>clozapine</i> 164	CORIFACT 326	cyclosporine 31, 338
COAGADEX 326	CORLANOR 140	CYCLOSPORINE IN KLARITY 479
COAGUCHEK LANCETS 360, 418	CORTANE-B 493	cyclosporine modified 31, 338
COARTEM 46	CORTIFOAM 303	CYLTEZO(CF) 24, 27, 305
<i>cocaine</i> 505	<i>cortisone</i> 277	CYLTEZO(CF) PEN 24, 26, 305
<i>codeine sulfate</i> 15	CORTISPORIN-TC 492	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S- UC-HS 24, 26, 305
<i>codeine-butalbital-asa-caff</i> 20	CORTROPHIN GEL 262	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- UV 24, 26, 305
<i>colchicine</i> 317	COSENTYX 219	cyproheptadine 494
<i>colesevelam</i> 128	COSENTYX (2 SYRINGES) 219	CYRAMZA 90
<i>colestipol</i> 128	COSENTYX PEN 219	Cyred 199
COLOR LANCETS 360, 418	COSENTYX PEN (2 PENS) 219	Cyred Eq 199
COLUMVI 66	COSENTYX UNOREADY PEN 219	CYSTADROPS 481
COMBIPATCH 274	COTELLIC 82	CYSTAGON 310
COMBISTIX REAGENT ..247, 418	COTEMPLA XR-ODT 168	CYSTARAN 481
COMBIVENT RESPIMAT 501	COVARYX 274	CYSTO-CONRAY II 246
COMETRIQ 83	COVARYX H.S. 274	CYSTOGRAFIN 246
COMFORT EZ LANCETS 360, 418	COVID-19 AT-HOME TEST 356, 419	CYSTOGRAFIN-DILUTE 246
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 360, 419	CREON 295	cytarabine 73
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 360, 419	CRESEMBA 45	cytarabine (pf) 73
COMFORTSEAL LARGE MASK 398, 419	CRINONE 276, 509	CYTOGAM 104
COMFORTSEAL MEDIUM MASK 398, 419	<i>cromolyn</i> 82, 484, 498	D
COMFORTSEAL SMALL MASK 398, 419	CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR 238	dabigatran etexilate 336
COMPACT SPACE CHAMBER 398, 419	CRYODOSE TA MIST SPRAY 238	dactinomycin 90
COMPACT SPACE CHAMBER- LRG MASK 398, 419	Cryelle (28) 199	dalfampridine 472
COMPACT SPACE CHAMBER- MED MASK 398, 419	CRYSVITA 276	danazol 279
COMPACT SPACE CHAMBER- SM MASK 398, 419	CUPRIMINE 32, 40	dantrolene 345
COMPLERA 54	CURAE 210, 211	dapsone 46, 213
<i>Compro</i> 293	CURITY ALCOHOL SWABS 97	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 111
CONJUPRI 136	CUROSURF 505	darifenacin 315
<i>Constulose</i> 307	CUSTODIOL HTK 489	DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP 348, 419
CONTOUR NEXT TEST STRIPS 348, 419	CUTAQUIG 104	DARTISLA 299
CONTOUR PLUS TEST STRIP 348, 419	CUVITRU 104	darunavir 63
CONTOUR TEST STRIPS 348, 419	CUVRIOR 40	DARZALEX 77
CONTRAVE 252	cyanocobalamin (vitamin b-12) 260	DARZALEX FASPRO 77
COPIKTRA 84	<i>cyclobenzaprine</i> 345	Dasetta 1/35 (28) 199
	CYCLOMYDRIL 474	Dasetta 7/7/7 (28) 207
	<i>cyclopentolate</i> 477	daunorubicin 90
	cyclopen-tropic-phenyleph-watr 474	DAURISMO 79
	cyclopent-tropic-phen-ketr-wat 474	DAVOL IRRIGATION SYRINGE 379, 419
	cyclophosphamide 31, 68	DAVOL PISTON IRRIGATION 379, 420
		DAXXIFY 344

DAYBUE	192	dexlansoprazole	297	DILUTING MEDIUM FOR	
Daysee	196	dexmethylphenidate	169	NOVOLOG	253
DAYVIGO	187	DEXONTO	278	dimethyl fumarate	471
DAZAVEIDAOXIA	240	DEXENZA	478	DIOOXIA	226
DAZOMON	240	dextroamphetamine sulfate .	169,	DIPENTUM	302
DEBACTEROL	468	178, 185, 186		Diphen	493, 494
Deblitane	206	dextroamphetamine-		diphenoxylate-atropine	292
decitabine	73	amphetamine	169, 177, 186	dipyridamole	335
deferasirox	41	DIACOMIT	154	disopyramide phosphate	126
deferiprone	41	DIADIMAXIA	213	disulfiram	189
deferoxamine	41	DIAOXIA	213	DIURIL	140
deflazacort	277	DIASAXIATAR	215	divalproex	148, 174, 180
DELSTRIGO	54	DIASDIMAXIA	213	docetaxel	89
demeclocycline	65	DIASOXIA	213	Dodex	260
DEMEROL (PF)	15	DIASTIX	403, 420	dofetilide	127
DENTA 5000 PLUS	467	DIATRUE PLUS TEST STRIP	348,	DOJOLVI	257
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE		421		Dolishale	199
.....	467	diazepam	145, 147, 173	donepezil	193
DENTAGEL	467	Diazepam Intensol	145, 173	DOPTELET (10 TAB PACK) ..	337
DEOXIATAR	215	diazoxide	263	DOPTELET (15 TAB PACK) ..	337
DEOXIAVAR	215	dichlorphenamide	139, 341	DOPTELET (30 TAB PACK) ..	337
DEPAKOTE	147, 174	diclofenac epolamine	239	dorzolamide	481
DEPAKOTE ER	147, 174, 180	diclofenac potassium	35	dorzolamide (pf)	481
DEPAKOTE SPRINKLES .	147, 174	diclofenac sodium	35, 225, 239,	dorzolamide-timolol	480
DEPO-ESTRADIOL	275	480		dorzolamide-timolol (pf)	480
DEPO-PROVERA	194, 195	diclofenac-misoprostol	34	Dotti	275
DEPO-SUBQ PROVERA 104 .	195	dicloxacillin	63	DOVATO	50
Dermacinrx Lidocan	241	dicyclomine	299	DOVER BULB SYRINGE	379, 421
DERMACINRX LIDOGEL	241	didanosine	52	doxazosin	141
DERMACINRX LIDOREX	241	diethylpropion	251	doxepin	158, 187
DERMAZENE	224	DIFFERIN	217	doxercalciferol	464
DESCOVY	51	DIFICID	61	doxorubicin	90
desflurane	37	diflunisal	37	doxorubicin, peg-liposomal	90
desipramine	158	difluprednate	478	doxycycline hyclate	65, 470
desloratadine	495	Digitek	138	doxycycline monohydrate	65
desmopressin	265	digoxin	138	doxylamine-pyridoxine (vit b6)	
desog-e.estradiol/e.estradiol ..	196	dihydroergotamine	181	.....	293
desonide	231	DILANTIN	149	D-PENAMINE	33, 40
desoximetasone	231	Dilantin Extended	149	DRITHOCREME HP	226
desvenlafaxine	156	Dilantin Infatabs	149	dronabinol	177, 252, 293
desvenlafaxine succinate	156	DILANTIN-125	149	DROPLET LANCETS	361, 421
dexamethasone	277, 278	DILAUDID (PF)	15	DROPSAFE ALCOHOL PREP	
DEXAMETHASONE INTENSOL		diltiazem hcl	135, 136	PADS	97
.....	277	DILT-XR	136	DROPSAFE SICURA SAFETY	
dexamethasone sodium		DILUENT FOR BICNU	254	NEEDLE	379, 421
phosphate	478	DILUENT FOR ELIGARD	254	drospirenone-e.estradiol-lm.fa	
DEXCOM G6 RECEIVER	360, 420	DILUENT FOR ISTODAX	254	.....	199
DEXCOM G6 SENSOR ..	360, 420	DILUENT FOR JEVTANA	254	drospirenone-ethinyl estradiol	
DEXCOM G6 TRANSMITTER		DILUENT FOR NOVOSEVEN RT		.....	199
.....	361, 420	.....	254	DROXIA	336
DEXCOM G7 RECEIVER	361, 420	DILUENT FOR ROTARIX	255	droxidopa	138
DEXCOM G7 SENSOR ..	361, 420	DILUENT FOR VIVITROL	254	DRYSOL	225

DRYSOL DAB-O-MATIC	225	EASY TOUCH	383, 425	EC-NAPROXEN	35
DUAKLIR PRESSAIR	501	EASY TOUCH ALCOHOL PREP		econazole	223
DUAVEE	273	PADS	97	ECONTRA EZ	210, 211
DULERA	502	EASY TOUCH BLULINK TEST		ECONTRA ONE-STEP ...	210, 211
duloxetine	156, 179	STRIP	348, 422	ECOTRIN	37, 335
DUOBRII	217	EASY TOUCH FLIPLOCK		ECOZA	223
DUODOTE	40	NEEDLE	380, 422	EDARBI	125
DUOPA	159	EASY TOUCH FLIPLOCK		EDARBYCLOR	124
DUPIXENT PEN	220, 497	SYRINGE	380, 381, 422, 423	EDEX	250
DUPIXENT SYRINGE	220, 497	EASY TOUCH FLURINGE	381, 423	ED-SPAZ	298, 315
DUREX AIR CONDOM ..	370, 421	EASY TOUCH FLURINGE		EDURANT	50
DUREX AVANTI BARE REAL		FLIPLOCK	381, 423	EEMT	274
FEEL	370, 421	EASY TOUCH FLURINGE FLU		EEMT HS	274
DUREX EXTRA SENSITIVE		TRAY	381, 423	efavirenz	50
CONDOM	370, 421	EASY TOUCH FLURINGE		efavirenz-emtricitabin-tenofov 54	
DUREX TROPICAL CONDOM		SHEATHLOCK	381, 423	efavirenz-lamivu-tenofov disop	
.....	370, 421	EASY TOUCH HYPODERMIC		.....	55
DUROLANE	343	NEEDLE	381, 424	EFFER-K	256
DURYSTA	488	EASY TOUCH LANCETS 361, 424		EGATEN	43
dutasteride	313	EASY TOUCH LUER LOCK		EGRIFTA SV	279
dutasteride-tamsulosin	310	SYRINGE	382, 424	ELAHERE	66, 71
DUZALLO	318	EASY TOUCH SAFETY		ELAPRASE	463
DYANAVAL XR	169, 177, 178	LANCETS	361, 424	ELELYSO	462
DYSPORT	344	EASY TOUCH SHEATHLOCK		ELEMENT COMPACT TEST	
E		SYRG-NDL	382, 425	STRIPS	349, 427
E.E.S. 400	61	EASY TOUCH SHEATHLOCK		ELEMENT TEST STRIPS 349, 427	
EASIVENT HOLDING		SYRINGE	382, 425	ELESTRIN	275
CHAMBER	399, 421	EASY TOUCH SYR ALLERGY		eletriptan	181
EASIVENT MASK LARGE	399, 421	TRAY	383, 425	ELFABRIO	462
EASIVENT MASK MEDIUM ..	399, 421	EASY TOUCH TEST STRIP ...	348, 425	ELIGARD	81
EASIVENT MASK SMALL	399, 421	EASY TOUCH TUBERCULIN		ELIGARD (3 MONTH)	81
EASY COMFORT ALCOHOL		FLIPLOCK	383, 426	ELIGARD (4 MONTH)	81
PAD	97	EASY TOUCH TUBERCULIN		ELIGARD (6 MONTH)	81
EASY COMFORT LANCETS ..	361, 421	SHEATHLK	383, 426	Elinest	199
EASY GLIDE CATHETER TIP		EASY TOUCH TWIST LANCETS		ELIQUIS	320, 321
SYRINGE	379, 421	.....	361, 426	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG		EASY TOUCH UNI-SLIP 383, 426		START	320
SYRINGE	379, 421	EASY TRAK GLUCOSE TEST 348, 426		Elixophyllin	498
EASY GLIDE LUER LOCK		EASY TRAK II TEST STRIP	348, 426	ELLA	210, 211
SYRINGE	379, 421, 422	EASY TWIST AND CAP		ELLUME COVID-19 HOME	
EASY GLIDE LUER SLIP TB		LANCETS	361, 426	TEST	356, 427
SYRINGE	379, 422	EASYGLUCO TEST	349, 426	ELMIRON	311
EASY PLUS II TEST	348, 422	EASYMAX	349, 426	ELOCTATE	324
EASY STEP	348, 422	EASYMAX 15 TEST STRIPS ..	349, 426	ELREXFIO	94
EASY TALK GLUCOSE TEST 348, 422		EASYPPOINT NEEDLE	383, 426	Eluryng	209
EASY TALK PLUS II TEST STRIP		ECLIPSE NEEDLE	383, 427	ELYXYB	181
.....	348, 422	ECLIPSE SYRINGE	384, 427	ELZONRIS	92

EMBRACE PRO TEST STRIPS.....349, 427	EPIDIOLEX 147	ethosuximide 153
EMBRACE SAFETY LANCET 361, 427	EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE.....243	ethyl chloride 238
EMBRACE TALK TEST STRIPS.....349, 427	EPIFOAM 235	ethynodiol diac-eth estradiol 199
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP.....349, 427	epinastine 477	etodolac 36
EMEND 294	epinephrine 137, 495	etonogestrel-ethinyl estradiol 209
EMFLAZA 278	epinephrine hcl 506	etoposide 78
EMGALITY PEN 180	epirubicin 91	etravirine 50
EMGALITY SYRINGE 144, 180	Epitol 150, 174	EUCRISA 220
EMPAVELI 318, 335	EPKINLY 66	EUFLEXXA 343
EMPLICITI 74	eplerenone 123, 139	EUTHYROX 291
EMSAM 154	EPOGEN 321	EVAMIST 276
emtricitabine 52	epoprostenol 142	EVARREST 330
emtricitabine-tenofovir (tdf) ... 51	EPRONTIA 151	EVENCARE G2 349, 427
EMTRIVA 52	eprosartan 125	EVENCARE G3 TEST 349, 427
EMVERM 43	eptifibatide 334	EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR 349, 427
Emzahn 206	EQUETRO 150, 175	EVENCARE PROVIEW TEST STRIP 349, 428
enalapril maleate 122	ERBITUX 94	EVENCARE TEST 349, 428
enalapril-hydrochlorothiazide 122	ergocalciferol (vitamin d2) 261	EVENITY 271
ENBREL 23, 27	ergoloid 194	everolimus (antineoplastic) 82
ENBREL MINI 23, 27	ERGOMAR 181	everolimus (immunosuppressive) 340
ENBREL SURECLICK 23, 27	ergotamine-caffeine 181	EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER 362, 428
ENDARI 253, 257, 336	eribulin 82	EVICEL 330
ENDO AVITENE 329	ERIVEDGE 79	EVKEEZA 127
Endocet 20, 21	ERLEADA 70	EVOLUTION TEST STRIPS ... 349, 428
ENDOMETRIN 276	erlotinib 67	EVOMELA 69
ENGERIX-B (PF) 102	ERMEZA 290	EVOTAZ 53, 63
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 102	Errin 206	EVRYSDI 346
ENHERTU 71, 93	ERWINASE 75	EXCEL SYRINGE 384, 428
Enilloring 209	Ery Pads 213	EXEL HYPODERMIC NEEDLES 384, 428
ENJAYMO 318, 320	Ery-Tab 61	EXEL SYRINGE 384, 428
enoxaparin 332	ERYTHROCIN (AS STEARATE) 61	EXELDERM 223
Enpresse 207	erythromycin 61, 62, 487	EXEM 246
Enskyce 199	erythromycin ethylsuccinate ... 61	exemestane 75
ENSPRYNG 340	erythromycin with ethanol 213	EXODERM 222
ENSTILAR 217	erythromycin-benzoyl peroxide 214	EXONDYS-51 343
entacapone 159	escitalopram oxalate 155	EXSERVAN 341
ENTADFI 310	esomeprazole magnesium 297	EYLEA 483, 489
entecavir 58	ESPEROCT 324	EYLEA HD 483, 489
ENTERO VU 245	Estarylla 199	EYSUVIS 478
ENTRESTO 124	estazolam 173, 186	E-Z DISK 245
ENTYVIO 303	estradiol 275, 509	E-Z JECT LANCETS 362, 428
ENTYVIO PEN 303	estradiol valerate 276	E-Z JECT THIN LANCETS 362, 428
Enulose 295	estradiol-norethindrone acet 274	EZ SMART LANCETS 362, 428
ENVARUSUS XR 339	ESTRATEST F.S. 274	EZ SMART PLUS TEST ... 349, 429
ENZNONUTY 238	ESTRING 509	EZ SMART TEST 350, 429
EOHILIA 278	estrogens-methyltestosterone 274	
EPCLUSA 59	eszopiclone 187	
	ethacrynic acid 139	
	ethambutol 55	

EZALLOR SPRINKLE	129	 fingolimod	472	 flurbiprofen sodium	480
ezetimibe	133	FINTEPLA	154	fluticasone propionate ..	232, 497, 506
ezetimibe-simvastatin	133, 134	Finzala	199	fluticasone propion-salmeterol	
E-Z-HD BARIUM	245	Fioricet	22	.....	502
E-Z-PAQUE	245	FIRDAPSE	342	fluvastatin	129, 130
E-Z-PASTE	245	FLAREX	478	fluvoxamine	155, 156
F		flavoxate	316	FML FORTE	478
FABRAZYME	462	FLEBOGAMMA DIF	105	FOLET ONE	257, 258
FACTIVE	57	flecainide	126	folic acid	261
Falmina (28)	199	FLEXICHAMBER	399, 429	FOLLISTIM AQ	277
famciclovir	60	FLEXICHAMBER-LG CHILD		FOLOTYN	72
famotidine	296	 MASK	399, 429	fondaparinux	332
FANAPT	161, 162	FLEXICHAMBER-SM ADULT		FORA 6 CONNECT GLUCOSE	
FANTASY CONDOM	370, 429	 MASK	399, 429	 STRIP	350, 429
FARXIGA	269	FLEXICHAMBER-SM CHILD		FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV	
FASENRA	498	 MASK	399, 429	 STRIP	350, 429
FASENRA PEN	498	FLOLIPID	129	FORA D15G STRIPS	350, 429
FASTEP COVID-19 AG HOME		FLOW-EZE VENTED NEEDLE		FORA D20	350, 429
 TEST	356, 429	.....	384, 429	FORA D40-G3I TEST STRIPS	
FC2 FEMALE CONDOM	358, 429	FLOWFLEX COVID-19 AG		.....	350, 430
febuxostat	317	 HOME TEST	356, 429	FORA G20	350, 430
FEIBA NF	319	floxuridine	73	FORA G30-PREMIUM V10 TEST	
felbamate	147	fluconazole	45	 STRP	350, 430
felodipine	136	flucytosine	44	FORA GD50 TEST STRIPS	350, 430
FEM PH	509	fludarabine	73	 430	
FEMCAP	355, 429	fludrocortisone	288	FORA GTEL GLUCOSE TEST	
FEMRING	509	flunisolide	506	 STRIP	350, 430
fenofibrate	128	fluocinolone	231, 232	FORA TEST STRIP	350, 430
fenofibrate micronized	128	fluocinolone acetonide oil	492	FORA TN'G ADVAN PRO TEST	
fenofibrate nanocrystallized ..	128	fluocinolone and shower cap	231	 STRIP	350, 430
fenofibric acid	128	fluocinonide	232	FORA TN'G VOICE TEST	
fenofibric acid (choline)	128	Fluocinonide-E	232	 STRIPS	350, 430
FENSOLVI	286	fluocinonide-emollient	232	FORA V10	350, 430
fentanyl	16	fluorescein-benoxinate ..	481, 482	FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS	
fentanyl citrate	16	fluorescein-proparacaine	481	.....	350, 430
fentanyl citrate (pf)	15, 38	fluoride (sodium)	467	FORA V12 GLUCOSE	350, 430
fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl	15	FLUORIDEX DAILY DEFENSE		FORA V20	350, 430
FERRIPROX	41	.....	467	FORA V30A	350, 430
fesoterodine	316	FLUORIDEX SENSITIVITY		FORACARE GD20	351, 430
FETZIMA	156	 RELIEF	467	FORACARE GD40 TEST STRIPS	
FIASP FLEXTOUCH U-100		FLUORIMAX 5000	467	.....	351, 430
 INSULIN	285	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE		FORACARE LANCETS	362, 430
FIASP PENFILL U-100 INSULIN		.....	467	formoterol fumarate	500
.....	285	fluorometholone	478	FOSAMAX PLUS D	272
FIASP PUMPCART	285	FLUOROPLEX	224	fosamprenavir	63
FIASP U-100 INSULIN	285	fluorouracil	224, 225	fosfomycin tromethamine	44, 315
FIBRYGA	328	fluoxetine	155	fosinopril	123
FILSPARI	121	FLUOXIA	234	fosinopril-hydrochlorothiazide	
filter needles	384, 429	fluphenazine hcl	165	.....	122
FINACEA	213, 240	flurandrenolide	232	FOSRENOL	312
finasteride	313	flurazepam	173, 186	FOTIVDA	86
FINGERSTIX LANCETS ..	362, 429	flurbiprofen	35		

FRAGMIN	332, 333
FRAICHE 5000 PREVI	467
FREEFLEX PLUS TRANSFER	
ADAPTER	396, 430
FREESTYLE INSULINX	351, 430
FREESTYLE INSULINX TEST	
STRIPS	351, 431
FREESTYLE LANCETS	362, 431
FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
READER	362, 431
FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
SENSOR	362, 431
FREESTYLE LIBRE 2 READER	
.....	362, 431
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	
.....	362, 431
FREESTYLE LIBRE 3	
READER	363, 431
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	
.....	363, 432
FREESTYLE LITE STRIPS	351, 432
FREESTYLE PRECISION NEO	
STRIPS	351, 432
FREESTYLE TEST	351, 432
FREESTYLE UNISTIK 2	363, 432
frovatriptan	181
FRUZAQLA	86
FULPHILA	326
fulvestrant	88
FUROSCIX	139
furosemide	139
FUZEON	48
FYARRO	83
Fyavolv	274
FYCOMPA	146
FYLNETRA	326
Fyremadel	287
G	
gabapentin	148
GALAFOLD	466
galantamine	193
GALZIN	40
GAMASTAN	105
GAMIFANT	338
GAMMAGARD LIQUID	105
GAMMAGARD S-D (IGA < 1	
MCG/ML)	105
GAMMAKED	105
GAMMAPLEX	105
GAMMAPLEX (WITH	
SORBITOL)	105
GAMUNEX-C	105
ganirelix	288
GARDASIL 9 (PF)	118
GASTROMARK	246
gatifloxacin	486
GATTEX 30-VIAL	309
GATTEX ONE-VIAL	309
GAVILYTE-C	307
Gavilyte-G	307
Gavilyte-N	307
GAZYVA	77
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST	
STRIP	351, 432
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST	
STRIP	351, 432
gefitinib	67
GELFILM	484
GELFOAM	329
GELFOAM JMI POWDER	329
GELFOAM JMI SPONGE	329
GELFOAM SPONGE SIZE 200	
.....	329
GELNIQUE	316
GEL-ONE	343
GELSYN-3	343
GELX	469
gemcitabine	73
gemfibrozil	128
Gemmily	199
GEMTESA	311
GENABIO COVID-19 RAPID AT-	
HOME	356, 432
GENADUR (WITH LEXINAL)	243
Gengraf	31, 339
GENOTROPIN	280
GENOTROPIN MINIQUICK	280
gentamicin	220, 486
GENULTIMATE TEST STRIP	351, 432
GENVISC 850	343
GENVOYA	54
GILENYA	472
GILOTRIF	68
GIMOTI	298
GLASSIA	505
glatiramer	471
Glatopa	471
GLEOLAN	249
GLEOSTINE	69
GLIADEL WAFER	69
glimepiride	269
glipizide	269
glipizide-metformin	269
GLOPERBA	317
GLOSTRIPS	481
GLUCAGON (HCL)	
EMERGENCY KIT	263
Glucagon Emergency Kit	
(Human)	263
GLUCO NAVII TEST STRIP	351, 432
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS	
.....	351, 432
GLUCOCARD EXPRESSION	351, 432
GLUCOCARD SHINE TEST	
STRIPS	351, 432
GLUCOCARD VITAL SENSOR	
.....	351, 432
GLUCOCARD VITAL TEST	
STRIPS	351, 432
GLUCOCOM GLUCOSE	351, 432
GLUCOCOM LANCETS	363, 433
glyburide	269
glyburide micronized	269
glyburide-metformin	269
glycine urologic solution	311
glycopyrrolate	299, 470
glycopyrrolate (pf)	299
Glydo	241
GLYRX-PF	299
GLYXAMBI	268
GMI00	352, 433
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST	
STRIP	352, 433
GOJJI LANCETS	363, 433
GONAL-F	277
GONAL-F RFF	277
GONAL-F RFF REDI-JECT	277
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP	
.....	352, 433
GOTOKNOW COVID-19 AG	
HOME TEST	356, 433
GRAFIX CORE	243
GRAFIX PRIME	243
GRAFIX XC	243
granisetron hcl	294
GRANIX	327
GRASTEK	99
GREEN GLO	481
griseofulvin microsize	46
griseofulvin ultramicrosize	46
guanfacine	138, 168

GUARDIAN 4 GLUCOSE	HEMOFIL M SUPER HIGH ... 324	HUMULIN 70/30 U-100
SENSOR.....363, 433	HEP FLUSH-10 (PF).....330, 331	INSULIN 281
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	HEPAGAM B 107	HUMULIN 70/30 U-100
.....363, 433	heparin (porcine) 331	KWIKPEN 281
GUARDIAN CONNECT	heparin (porcine) in 0.9% nacl	HUMULIN N NPH INSULIN
TRANSMITTER.....363, 433	..... 330, 331	KWIKPEN 282
GUARDIAN LINK 3	heparin (porcine) in 5 % dex 331	HUMULIN N NPH U-100
TRANSMITTER.....363, 433	heparin lock flush (porcine) .. 330,	INSULIN 282
GUARDIAN SENSOR 3 ..363, 433	331	HUMULIN R REGULAR U-100
GVOKE 263	HEPARIN	INSULN 282
GVOKE HYOPEN 1-PACK ...263	LOCKFLUSH(PORCINE)(PF)	HUMULIN R U-500 (CONC)
GVOKE HYOPEN 2-PACK ...263	..... 330, 331	INSULIN 282
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	heparin, porcine (pf) 330, 331,	HUMULIN R U-500 (CONC)
..... 263	332	KWIKPEN 282
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	HEPLISAV-B (PF) 103	HYALGAN 343
..... 263	HER STYLE 210, 211	HYCANTIN 89
GYNAZOLE-I 508	HERCEPTIN 95	hydralazine 138
H	HERCEPTIN HYLECTA 95	HYDRO 35 236
HAEGARDA 320	HERZUMA 95	hydrochlorothiazide 140
Hailey 200	HETLIOZ LQ 179	hydrocodone bitartrate 16
Hailey 24 Fe 199	HEXIOUNYL 222	hydrocodone-acetaminophen 20
Hailey Fe 1.5/30 (28) 200	HIBERIX (PF) 113	hydrocodone-chlorpheniramine
Hailey Fe 1/20 (28) 200	HICON 88	..... 507
HALAVEN 82	HIXDEFRIMA 223	hydrocodone-homatropine 507
halcinonide 232	HIZENTRA 106	hydrocodone-ibuprofen 20
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR	HOMATROPAIRE 477	hydrocortisone ... 38, 233, 278, 303
..... 396, 433	huber safety needles (disp.) .. 384,	hydrocortisone acetate 38
halobetasol propionate 232	433	hydrocortisone butyrate 232, 233
Haloette 210	HUMALOG KWIKPEN INSULIN	hydrocortisone valerate 233
HALOG 232	..... 285	hydrocortisone-acetic acid 492
haloperidol 164	HUMALOG MIX 50-50 INSULN	hydrocortisone-iodoquinol 224
haloperidol lactate 164	U-100 283	hydrocortisone-iodoquinol-aloe
HARMONY GLUCOSE TEST	HUMALOG MIX 50-50	..... 221
STRIP 352, 433	KWIKPEN 283	hydrocortisone-pramoxine 39,
HARVONI 59	HUMALOG MIX 75-25(U-	233, 235
HAVRIX (PF) 101	100)INSULN 283	Hydromet 507
HAXDRAX 223	HUMALOG U-100 INSULIN 285	hydromorphone 16
HEALON ENDOCOAT 485	HUMATE-P 324	hydromorphone (pf) 16
HEALON GV PRO 485	HUMATROPE 280	hydromorphone (pf)-0.9 % nacl
HEALON PRO 485	HUMIRA 24, 27, 305	..... 16
HEALON5 PRO 485	HUMIRA PEN 24, 27, 305	hydroquinone 228
HEALTHPRO TEST STRIPS .. 352,	HUMIRA(CF) 25, 27, 306	hydroxocobalamin 260
433	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	hydroxychloroquine 28, 29, 46
HEALTHY ACCENTS UNILET	STARTER 24, 27, 305	hydroxyurea 74
LANCET 363, 433	HUMIRA(CF) PEN 25, 27, 305	hydroxyzine hcl 145
Heather 206	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-	hydroxyzine pamoate 145
HEMA-COMBISTIX 247, 433	UC-HS 24, 27, 305	HYFTOR 238
HEMANGEOL 134	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC	HYMOVIS 343
HEMLIBRA 326	UC 24, 27, 305	hyoscyamine sulfate 298, 316
HEMOFIL M HIGH 324	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	HYOSYNE 299, 316
HEMOFIL M LOW 324	ADOL HS 24, 27, 305	HYPERHEP B 107
HEMOFIL M MID 324		HYPERHEP B NEONATAL 107

HYPERRHO SID	107	IMJUDO	78	INVEGA TRINZA	162
HYPER-SAL	192	IMPAVIDO	47	INVELTYS	478
HYPOCYN ANTIPRURITIC	98,	IMVEXXY MAINTENANCE		INVOKAMET	268
244		PACK	288	INVOKAMET XR	268
HYPODERMIC NEEDLES	385,	IMVEXXY STARTER PACK	288	INVOKANA	269
434		INBRIJA	160	INZDEAXIAVAR	215
HYQVIA	106	Incassia	206	IODOFLEX	98
HYQVIA HY COMPONENT ..	291	INCONTROL ALCOHOL PADS		IODOSORB	98
HYQVIA IG COMPONENT	106	.....	97	IOPIDINE	487
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC		INCONTROL SUPER THIN		IPOL	119
STARTER	25, 28, 306	LANCETS	363, 434	ipratropium bromide	500, 505
HYRIMOZ PEN PSORIASIS		INCONTROL ULTRA THIN		ipratropium-albuterol	501
STARTER	25, 28, 306	LANCETS	363, 434	irbesartan	125
HYRIMOZ(CF)	25, 28, 306	INCRELEX	286	irbesartan-hydrochlorothiazide	
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN		INCRUSE ELLIPTA	499	.....	124
STARTER	25, 28, 306	indapamide	140	irinotecan	89, 90
HYRIMOZ(CF) PEN	25, 28, 306	INDICAID COVID-19 AG HOME		IRRIGATION SYRINGE ..	385, 434
HYSINGLA ER	16	TEST	356, 434	ISENTRESS	49
I		indium-111 chloride	249	ISENTRESS HD	49
ibandronate	272	indomethacin	36	Isibloom	200
IBRANCE	78	INFANRIX (DTAP) (PF)	111	isoflurane	37
IBSRELA	301	INFASURF	505	isoniazid	55
Ibu	35	INFINITY TEST STRIPS ..	352, 434	isosorbide dinitrate	125
ibuprofen	35	INFLECTRA	25, 28, 306	isosorbide mononitrate	125
icatibant	135	infiximab	25, 28, 306	isosorbide-hydralazine	144
Iclevia	200	INFUGEM	74	isotretinoin	212
ICLUSIG	83	INGREZZA	183, 184	isradipine	136
IDARAN	240	INGREZZA INITIATION		ISTODAX	80
idarubicin	91	PK(TARDIV)	183, 184	ISTURISA	262
IDELVION	322	INGREZZA SPRINKLE ...	183, 184	itraconazole	45
IDHIFA	83	INJECT EASE LANCETS ..	363, 434	IV PREP WIPES	97
IDOSE TR	488	INJECTAFER	256	ivermectin	43
IDYXXIATAR	216	INLYTA	86	IWILFIN	66
IFE-BIMIX 30/1	250	INPEFA	262	IXEMPRA	78
ifosfamide	69	INQOVI	93	IXINITY	322
IGALMI	187	INREBIC	80	IYUZEH (PF)	488
IHEALTH COVID-19 AG HOME		insulin asp prt-insulin aspart ..	283	IZERVAY (PF)	473, 483
TEST	356, 434	insulin aspart u-100	285	J	
IHEEZO (PF)	483	insulin lispro	285	Jaimiess	196
ILARIS (PF)	22	insulin lispro protamin-lispro ..	283	JAKAFI	80
ILEVRO	480	INTEGRA PRECISIONGLIDE		Jantoven	319
ILUMYA	218	NEEDLE	385, 434	JANUMET	270
ILUVIEN	478	INTEGRA SYRINGE	385, 434	JANUMET XR	270
imatinib	86	INTELENCE	50	JANUVIA	266
IMBRUVICA	76, 86	INTELISWAB COVID-19 HOME		JARDIANCE	269
IMCIVREE	252	TEST	356, 434	Jasmiel (28)	200
IMDELLTRA	67	INTERLINK SYRINGE AND		JATENZO	264
IMFINZI	91	CANNULA	385, 434	Javygtor	466
imipenem-cilastatin	56	INTRAROSA	288	JAYPIRCA	76, 86
imipramine hcl	158	INVACARE LANCETS	364, 434	JEMPERLI	92
imipramine pamoate	158	INVEGA HAFYERA	162	Jencycla	206
imiquimod	235	INVEGA SUSTENNA	162	JENTADUETO	270

JENTADUETO XR	270	KEVARAXAP.....	228	L	
JESDUVROQ.....	318	KEVARTIA	228	<i>l</i> norgest/e.estradiol-e.estrad	196, 207
JEVTANA	89	KEYEYIS.....	341	L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	
Jinteli.....	274	KEVZARA	32	.....	241
JIVI	325	KEYTRUDA	92	L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA)	241
JOENJA	465	KHAPZORY.....	95, 96	<i>labetalol</i>	123
JOLESSA	200	KIMMTRAK.....	95	LABSTIX REAGENT	247, 435
JORNAY PM.....	170	KIMONO LUBRICATED		<i>lacosamide</i>	148
Joyeaux.....	200	CONDOMS	370, 435	LACRISERT	474
Juleber	200	KIMONO MICROTHIN AQUA		<i>lactated ringers</i>	255
JULIE.....	210, 211	LUBE CON	370, 435	<i>lactulose</i>	295, 307
JULUCA	50	KIMONO MICROTHIN		LAGEVRIO (EUA)	64
Junel 1.5/30 (21)	200	CONDOMS	370, 435	LAMICTAL XR STARTER	
Junel 1/20 (21).....	200	KIMONO MICROTHIN LARGE		(BLUE)	151
Junel Fe 1.5/30 (28).....	200	CONDOMS	370, 435	LAMICTAL XR STARTER	
Junel Fe 1/20 (28).....	200	KIMONO TEXTURED		(GREEN)	151
Junel Fe 24	201	CONDOMS	370, 435	LAMICTAL XR STARTER	
JUST RIGHT 5000.....	467	KIMONO THIN LUBRICATED		(ORANGE)	152
JUXTAPID.....	134	CONDOMS	370, 435	<i>lamivudine</i>	52, 58
JYLAMVO	29, 72	KINERET	32	<i>lamivudine-zidovudine</i>	54
JYNARQUE.....	313	KINRIX (PF)	111	<i>lamotrigine</i>	152, 175
K		<i>Kionex (With Sorbitol)</i>	255	LAMPIT	47
KADCYLA.....	71, 93	<i>Kiprofen</i>	35	LAMZEDE	461
Kaitlib Fe.....	201	KISQALI	78	<i>lancets</i>	364, 435
KALBITOR.....	142	<i>kit for tc 99m-sod thiosulfate</i>	249	LANCETS, SUPER THIN	364, 435
Kalliga	201	KLARITY (CHONDROITIN) (PF)		LANCETS, THIN	364, 435
KALYDECO	504	.....	473	LANCETS, ULTRA THIN	364, 435
KANJINTI	95	<i>Klayesta</i>	222	LANOXIN	138
KANUMA	462	KLISYRI	225	<i>lanreotide</i>	289
KAPSPARGO SPRINKLE	134	<i>Klor-Con M10</i>	256	<i>lansoprazole</i>	297
KARBINAL ER.....	494	<i>Klor-Con M15</i>	256	<i>lanthanum</i>	312
Kariva (28).....	196	<i>Klor-Con M20</i>	256	<i>lapatinib</i>	67
KATARAXAP	228	KLOXXADO	42	<i>Larin 1.5/30 (21)</i>	201
KATARVIA.....	228	KOATE	325	<i>Larin 1/20 (21)</i>	201
KCENTRA	322	KOGENATE FS	325	<i>Larin 24 Fe</i>	201
Kelnor 1/35 (28).....	201	KORLYM	267	<i>Larin Fe 1.5/30 (28)</i>	201
Kelnor 1-50 (28).....	201	KOSELUGO	82	<i>Larin Fe 1/20 (28)</i>	201
KEMOPLAT	85	KOTARAXAP	228	<i>latanoprost</i>	488
KEPIVANCE.....	307	KOVALTRY	325	LAYOLIS FE	201
KERALYT SCALP COMPLETE		KOVANAZE	468	LEENA 28	207
.....	236	K-PHOS NO 2	314	<i>leflunomide</i>	33
KERASTAT	230	K-PHOS ORIGINAL	314	LEMTRADA	470
KERENDIA	123	KRAZATI	81	<i>lenalidomide</i>	89
KESIMPTA PEN	470	KRINTAFEL	47	LENVIMA	86
<i>ketoconazole</i>	45, 223	KRYSTEXXA	317	LEQEMBI	193
KETODAN KIT	223	<i>Kurvelo (28)</i>	201	<i>Lessina</i>	201
KETO-DIASTIX	403, 434	KUTAR	228	<i>letrozole</i>	75
KETONE CARE	403, 434	KUTARVIA	228	<i>leucovorin calcium</i>	96
KETONE URINE TEST ..	403, 434	KYLEENA	195	LEUKERAN	69
<i>ketoprofen</i>	35	KYPROLIS	85	LEUKINE	328
<i>ketorolac</i>	34, 480	KYZATREX	264		
KETOSTIX	403, 434				

<i>leuprolide</i>	81	<i>lisdexamfetamine</i>	170	LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY	
<i>leuprolide (3 month)</i>	81	<i>lisinopril</i>	123	.....	385, 436
<i>levalbuterol hcl</i>	500	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	122	LUER-LOK TIP	385, 436
<i>levalbuterol tartrate</i>	500	LITE TOUCH-MEDIUM MASK		LUGOLS	98
<i>levamlodipine</i>	136	.....	399, 435	<i>luliconazole</i>	223
LEVEMIR FLEXPEN	284	LITEAIRE MDI CHAMBER	399,	LUMAKRAS	81
LEVEMIR U-100 INSULIN	284	435		LUMIGAN	488
<i>levetiracetam</i>	153	LITETOUCH-LARGE MASK	399,	LUMIZYME	463
<i>levobunolol</i>	482	435		LUMRYZ	184
<i>levocarnitine</i>	253, 464	LITETOUCH-SMALL MASK	399,	LUNSUMIO	66
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	464	435		LUPKYNIS	339
<i>levocetirizine</i>	495	LITFULO	212	LUPRON DEPOT	81, 287
<i>levofloxacin</i>	57, 486	<i>lithium carbonate</i>	177	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	
<i>levoleucovorin calcium</i>	96	<i>lithium citrate</i>	177	.....	81, 287
Levonest (28)	207	LITHOSTAT	313	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>	201	LIVALO	130	.....	81
<i>levonorgestrel</i>	210, 211	LIVMARLI	338	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad.</i>	202	LIVTENCITY	57	.....	81
<i>levonorg-eth estrad triphasic.</i>	207	L-MESITRAN SOFT	244	LUPRON DEPOT-PED	287
Levora-28	202	LO LOESTRIN FE	196	LUPRON DEPOT-PED (3	
<i>levorphanol tartrate</i>	16	Loestrin 1.5/30 (21)	202	MONTH)	287
<i>levothyroxine</i>	291	Loestrin 1/20 (21)	202	<i>lurasidone</i>	161
LEVULAN	239	Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day)	202	LUTATHERA	84, 87
LIBERVANT	147, 173	Loestrin Fe 1/20 (28-Day)	202	Lutera (28)	202
LIBTAYO	92	<i>Lojaimiess</i>	196	LYBALVI	166, 168, 176
LICART	239	LOKELMA	255	Lyleq	206
LIDO BDK	404	LOMAIRA	251	Lyllana	276
<i>lidocaine</i>	38, 242	LONSURF	74	LYNPARZA	85
<i>lidocaine hcl</i>	38, 241, 469	<i>loperamide</i>	292	LYSODREN	70
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac</i>	39,	<i>lopinavir-ritonavir</i>	53	LYTGOBI	79
235		LOQTORZI	92	LYUMJEV KWIKPEN U-100	
Lidocaine Viscous	469	<i>lorazepam</i>	145, 173	INSULIN	286
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe</i>	39	Lorazepam Intensol	145, 173	LYUMJEV KWIKPEN U-200	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	238	LORBRENA	70	INSULIN	286
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine</i>		Loryna (28)	202	LYUMJEV U-100 INSULIN	286
.....	242	<i>losartan</i>	125	Lyza	206
Lidocan Iii	242	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	124	M	
Lidocan Iv	242	LOTEMAX	478	<i>mafenide acetate</i>	227
Lidocan V	242	LOTEMAX SM	478	MAGELLAN SAFETY NEEDLE	
LIDOPIN	242	<i>loteprednol etabonate</i>	478	.....	385, 436
LIDTOPIC MAX	242	LOTREXONE	15	MAGELLAN SAFETY SYRINGE	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA		<i>lovastatin</i>	131	.....	385, 436
.....	385, 435	Low-Ogestrel (28)	202	MAGELLAN SYRINGE	386, 436
LIKMEZ	47	<i>loxapine succinate</i>	164	MAGELLAN TUBERCULIN	
LILETTA	195	Lo-Zumandimine (28)	202	SAFETY SYR	386, 436
<i>linezolid</i>	62	<i>lubiprostone</i>	301, 306	<i>malathion</i>	244
LINZESS	295, 301	LUCEMYRA	188	<i>maraviroc</i>	48
<i>liothyronine</i>	290	LUCENTIS	483, 484, 489	MARGENZA	95
LIQREV	144	LUCIRA CHECK-IT COVID		Marlissa (28)	202
LIQUID E-Z PAQUE	245	HOME TST	356, 436	MARPLAN	154
LIQUID POLIBAR PLUS	245	LUER LOCK SYRINGE	385, 436	MARVONA SUIK (PF)	38
<i>liraglutide</i>	267			MATULANE	68

Matzim La	136	meperidine	16	miconazole nitrate-zinc ox-pet	
MAVENCLAD (10 TABLET		meperidine (pf)	16	.....	223
PACK)	472	meprobamate	146	MICONAZOLE-3	508
MAVENCLAD (4 TABLET PACK)		MEPSEVII	463	MICRHOGAM ULTRA-	
.....	472	mercaptapurine	73	FILTERED PLUS	107
MAVENCLAD (5 TABLET PACK)		Merzee	202	MICRO BLOOD GLUCOSE .	352,
.....	472	mesalamine	302	436	
MAVENCLAD (6 TABLET PACK)		mesalamine with cleansing wipe		MICRO THIN LANCETS	364, 436
.....	472	.....	302	MICROCHAMBER	399, 436
MAVENCLAD (7 TABLET PACK)		MESNEX	96	MICRODOT BLOOD GLUCOSE	
.....	472	Metadate Er	170	SYSTEM	352, 436
MAVENCLAD (8 TABLET PACK)		metaxalone	345	MICRODOT LANCET ...	364, 436
.....	472	metformin	286	MICRODOT XTRA BLOOD	
MAVENCLAD (9 TABLET PACK)		methacholine chloride	248	GLUCOSE	352, 437
.....	472	methadone	16, 17	Microgestin 1.5/30 (21)	203
MAVYRET	59	Methadone Intensol	17	Microgestin 1/20 (21)	203
MAXIDEX	479	Methadose	17	Microgestin 24 Fe	203
MAYZENT	472	methamphetamine	170, 178	Microgestin Fe 1.5/30 (28)	203
MAYZENT STARTER(FOR IMG		methazolamide	139	Microgestin Fe 1/20 (28)	203
MAINT)	473	methenamine hippurate ..	62, 314	MICROLET LANCET	364, 437
MAYZENT STARTER(FOR 2MG		methenamine mandelate .	62, 314	microplegic solution no. 1	489
MAINT)	473	methen-sod phos-meth blue-		microplegic solution no. 1-cp2d	
MB HYDROGEL	229	hyos	62, 315	.....	489
Md-Gastroview	246	methimazole	271	MICROSPACER	399, 437
meclizine	293	METHITEST	264	midazolam	38, 173, 186
meclofenamate	34	methocarbamol	345	midazolam (pf)	38, 173
mecobalamin (vitamin b12) ...260		methotrexate sodium	29, 72	midodrine	138
MEDISENSE THIN LANCETS		methotrexate sodium (pf) .	29, 72	MIEBO (PF)	474
.....	364, 436	methoxsalen	225	MIFEPREX	262
MEDLANCE PLUS LANCETS		methscopolamine	299	mifepristone	262, 267
.....	364, 436	methsuximide	153	miglitol	266
MEDLANCE PLUS SPECIAL		methylidopa	138	miglustat	464
BLADE	364, 436	methylidopa-hydrochlorothiazide		Mili	203
MEDROL	278	.....	138	Mimvey	275
MEDROLOAN II SUIK	278	methylergonovine	288	MINIMED 630G INSULIN	
MEDROLOAN SUIK	278	methylphenidate	171	PUMP	403, 437
medroxyprogesterone	195, 288	methylphenidate hcl	170, 171,	MINIMED 780G INSULIN	
mefenamic acid	34	185		PUMP	403, 437
mefloquine	47	methylprednisolone	278	minocycline	33, 65
megestrol	85, 253	methyltestosterone	264	minoxidil	138
MEKINIST	82	metoclopramide hcl	298	MIRENA	195
MEKTOVI	82	metolazone	140	MIRO3D	243
meloxicam	35	METOPIRON	248	MIRODERM FENESTRATED	244
melphalan hcl	69	metoprolol succinate	134	MIRODERM FENESTRATED	
memantine	193, 194	metoprolol ta-hydrochlorothiaz		PLUS	243
MENEST	276	.....	137	mirtazapine	154
MENOPUR	277	metoprolol tartrate	134	misoprostol	298
MENOSTAR	276	metronidazole	47, 240, 509	mitomycin	91
MENQUADFI (PF)	114	metryrosine	142	mitomycin (pf) in water	477
MENTAX	222	mexiletine	126	MITOSOL	477
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)		Mibelas 24 Fe	202	mitoxantrone	91
.....	114				

MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)..... 37
M-M-R II (PF). 108, 118, 119, 120, 121
MOBILE LANCETS364, 437
modafinil 185
MODERNA COVID 23-24(6M-11Y)PF..... 117
moexipril..... 123
molindone..... 164
mometasone233, 506
Mondoxyne NI..... 65
MONJUVI..... 77
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE.....386, 437
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP.....386, 437
MONOJECT 3CC SYR 25GX1386, 437
MONOJECT ALLERGY TRAY386, 437
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH.....386, 437
MONOJECT BLOOD COLLECTION346, 437
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER.....386, 437
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE.....386, 437
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE.....386, 438
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE.....358, 438
MONOJECT ENFIT SYRINGE358, 438
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP.....358, 438
MONOJECT FILTER ASPIRATOR.....386, 438
MONOJECT FILTER NEEDLE387, 438
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES.....387, 439
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYL.....387, 439
MONOJECT LUER-LOCK TIP387, 439
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE.....387, 439
MONOJECT MEDICATION TRANSF NDL.....388, 440

MONOJECT PHARMACY TRAY LUER.....388, 440
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP388, 440
MONOJECT REG TIP NON-STERILE388, 440
MONOJECT REGULAR LUER388, 389, 440, 441
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP.....389, 441
MONOJECT SAFETY SYRINGES389, 441
MONOJECT SMARTIP CANNULA.....389, 441
MONOJECT SYRINGE ...390, 442
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER389, 441
MONOJECT SYRINGE LUER LOK.....389, 390, 441, 442
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER.....390, 442
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE390, 442
MONOJECT TB391, 443
MONOJECT TB LUER LOK.390, 442
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP390, 442
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE.....390, 391, 442, 443
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE.....391, 443
MONOLET LANCETS ...364, 443
MONOLET THIN LANCETS364, 443
Mono-Linyah 203
MONOVISC 343
MONSEL'S 329
montelukast 498
morphine..... 17, 18
morphine (pf) 17
morphine concentrate 17
morphine in 0.9 % sodium chlor 17
MOTEGRITY 298
MOTPOLY XR..... 148
MOUNJARO..... 267
MOVANTIK..... 41
MOXATAG..... 43
moxifloxacin 57, 486
MULPLETA 337
MULTAQ 127

MULTI-DRAW NEEDLE. 346, 443
MULTISTIX.....247, 443
MULTISTIX 10 SG.....247, 443
MULTISTIX 5247, 443
MULTISTIX 7247, 443
MULTISTIX 8 SG247, 443
MULTISTIX 9247, 443
MULTISTIX 9 SG247, 443
mupirocin..... 220
mupirocin calcium..... 220
MUSCUSOLICE 238
Mutamycin 91
MVASI 67
MY CHOICE..... 210, 211
MY WAY 210, 211
MYALEPT..... 286
MYCAPSSA..... 289
mycophenolate mofetil ... 31, 339, 340
mycophenolate mofetil (hcl).. 31, 339
mycophenolate sodium 340
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC) 484
MYFEMBREE..... 287
MYGLUCOHEALTH.....352, 444
MYGLUCOHEALTH LANCETS364, 444
MYHIBBIN 340
MYLERAN..... 68
MYLOTARG.....71, 93
MYNATAL 258
MYNATAL ADVANCE..... 258
MYNATE 90 PLUS..... 258
MYOBLOC..... 344
MYRBETRIQ..... 311
MYTESI..... 292
MYXREDLIN 283
N
NABI-HB 107
nabumetone..... 34
nadolol..... 135
naftifine 221, 222
NAGLAZYME 463
nalbuphine 21
naloxone 42
NALTREX..... 15
naltrexone 189
NAMENDA XR 194
NAMZARIC..... 194
naproxen..... 35
naproxen sodium 36

naratriptan	181	NEXOBRID POWDER		NORM-JECT	391, 444
NATACYN	487	COMPONENT	227	NORM-JECT TUBERKULIN	391,
NATAZIA	207	NEXPLANON	194	444	
nateglinide	267	NEXTSTELLIS	203	NORMLGEL AG	220
NATESTO	264	NEXVIAZYME	463	NORPACE CR	126
NAYZILAM	147, 173	NGENLA	280	Nortrel 0.5/35 (28)	204
nebivolol	134	niacin	132	NORTREL 1/35 (21)	204
NEBUSAL	192	Niacor	132	Nortrel 1/35 (28)	204
Necon 0.5/35 (28)	203	nicardipine	136	Nortrel 7/17 (28)	208
needle (disp) 16 g	391, 444	nicotine	190	nortriptyline	158
needle (disp) 18 g	391, 444	nicotine (polacrilex)	190	NORVIR	63
needle (disp) 19 g	391, 444	NICOTROL NS	190	NO-STICK GLUCOSE	403, 444
needle (disp) 23 gauge	391, 444	nifedipine	136, 137	NOURIANZ	159
needles, huber disposable	391,	Nikki (28)	203	NOVA MAX GLUCOSE TEST	
444		nilutamide	70	.....	352, 444
nefazodone	156	nimodipine	136	NOVA SAFETY LANCETS	364,
nelarabine	73	NINLARO	85	444	
NENDRUX	236	NIPENT	73	NOVA SUREFLEX LANCETS	364,
neomycin	42	nisoldipine	137	444	
neomycin-bacitracin-poly-hc	475	nitazoxanide	47	NOVAREL	281
neomycin-bacitracin-polymyxin		nitisinone	464	NOVAVAX COVID 2023-	
.....	485	Nitro-Bid	125	24(PF)(EUA)	117
neomycin-polymyxin b gu	310	NITRO-DUR	125	NOVOEIGHT	325
neomycin-polymyxin b-		nitrofurantoin	44, 314	NOVOLIN 70/30 U-100	
dexameth	475	nitrofurantoin macrocrystal ...	44,	INSULIN	281
neomycin-polymyxin-gramicidin		314		NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-	
.....	485	nitrofurantoin monohydr/m-cryst		100	282
neomycin-polymyxin-hc	476, 492	.....	44, 314	NOVOLIN N FLEXPEN	282
Neo-Polycin	485	nitroglycerin	38, 125	NOVOLIN N NPH U-100	
Neo-Polycin Hc	476	NITRO-TIME	126	INSULIN	282
NEORAL	31, 339	NITYR	464	NOVOLIN R FLEXPEN	283
NEO-SYNALAR	221	NIVESTYM	327	NOVOLIN R REGULAR U100	
NEO-SYNALAR KIT	221	nizatidine	296	INSULIN	283
NERLYNX	68	NOCDURNA (MEN)	265	NOVOSEVEN RT	323
Neuac	214	NOCDURNA (WOMEN)	265	NOXAFIL	45
NEULASTA	327	NOCTIVA	266	NP THYROID	290
NEULASTA ONPRO	327	NOKOR NEEDLE	391, 444	NPLATE	337
NEULUMEX	245	NORA-BE	206	NUBEQA	70
NEUPOGEN	327	NORDITROPIN FLEXPEN	280	NUCALA	497, 498
NEUPRO	161	norelgestromin-ethin.estradiol		NUCORT	234
NEURAPTINE	238	.....	209	NUCYNTA	18
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS		noreth-ethinyl estradiol-iron	203	NUCYNTA ER	18
.....	352, 444	norethindrone (contraceptive)		NUEDEXTA	186
NEVANAC	480	.....	206	NUJO	227
nevirapine	50, 51	norethindrone acetate	288	NULIBRY	462
NEW DAY	210, 211	norethindrone ac-eth estradiol		NULOJIX	340
NEXA PLUS	258	.....	203, 275	NUMBONEX	242
NEXAVIR	237	norethindrone-e.estradiol-iron		NUMBRINO	505
NEXIUM PACKET	297	.....	203, 204, 207	NUMOISYN	15, 468, 469
NEXLETOL	127	norgestimate-ethinyl estradiol		NUPLAZID	166
NEXLIZET	133	.....	204, 208	NURTEC ODT	180
NEXOBRID	227	NORMAL SALINE FLUSH	260	NUTROPIN AQ NUSPIN	280

NUVARING	210	olopatadine	477, 478, 506	ondansetron hcl	294
NUVESSA	509	OLPRUVA	465	ONETOUCH DELICA PLUS	
NUWIQ	325	OLUMIANT	32, 212	LANCET	364, 446
NUZYRA	42, 65	OMECLAMOX-PAK	300	ONETOUCH DELICA SAFETY	
Nyamyc	222	omega-3 acid ethyl esters	132	LANCET	364, 446
Nylia 1/35 (28)	204	omeprazole	297	ONETOUCH ULTRA TEST ..	352, 446
Nylia 7/7/7 (28)	208	omeprazole-sodium bicarbonate			
NYMALIZE	136	.....	298	ONETOUCH ULTRASOFT 2	
Nymyo	204	OMEZA	244	LANCET	364, 446
NYNUTEY	242	OMNARIS	506	ONETOUCH VERIO TEST	
nystatin	44, 222, 468	OMNIFLEX DIAPHRAGM	357, 444	STRIPS	352, 446
nystatin-triamcinolone	224	OMNIPAQUE	246	ONGENTYS	159
Nystop	222	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT		ON-GO COVID-19 AG AT	
NYVEPIA	327	(GEN 5)	401, 444	HOME TEST	356, 446
O		OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)		ONIVYDE	90
OBAGI ELASTIDERM	228	.....	401, 445	ONPATTRO	264
OBAGI NU-DERM BLENDER		OMNIPOD CLASSIC PODS		ON-THE-GO LANCETS	364, 446
.....	228	(GEN 3)	401, 445	ONTRUZANT	95
OBAGI NU-DERM CLEAR	228	OMNIPOD DASH INTRO KIT		ONUREG	74
OBAGI NU-DERM SUNFADER		(GEN 4)	401, 445	ONZDEAXIADEMTAR	215
.....	229	OMNIPOD DASH PDM KIT		ONZDEAXIADEMVAR	215
OBAGI-C CLARIFYING SERUM		(GEN 4)	370, 445	ONZDEAXIAZAR	215
.....	229	OMNIPOD DASH PODS (GEN		OPCICON ONE-STEP ...	210, 211
OBAGI-C THERAPY NIGHT	229	4)	402, 445	OPDIVO	92
OBIZUR	325	OMNIPOD GO PODS	402, 446	OPDUALAG	74
OBSTETRIX DHA	258	OMNIPOD GO PODS 10		OPFOLDA	463
OBSTETRIX EC	259	UNITS/DAY	402, 445	OPILL	206
OBSTETRIX ONE	257, 259	OMNIPOD GO PODS 15		opium tincture	292
OCALIVA	338	UNITS/DAY	402, 445	OPSUMIT	144
OCELLA	204	OMNIPOD GO PODS 20		OPSYNVI	121
OCREVUS	470	UNITS/DAY	402, 445	OPTICHAMBER ADULT MASK-	
OCTAGAM	106	OMNIPOD GO PODS 25		LARGE	399, 446
octreotide acetate	289, 310	UNITS/DAY	402, 445	OPTICHAMBER DIAMOND LG	
ODACTRA	99	OMNIPOD GO PODS 30		MASK	399, 446
ODEFSEY	55	UNITS/DAY	402, 445	OPTICHAMBER DIAMOND	
ODOMZO	79	OMNIPOD GO PODS 40		VHC	400, 447
OFEV	86, 508	UNITS/DAY	402, 446	OPTICHAMBER DIAMOND-	
ofloxacin	57, 486, 492	OMNITROPE	280	MED MSK	400, 447
OGIVRI	95	OMVOH	302	OPTICHAMBER DIAMOND-	
OGSIVEO	66	OMVOH PEN	302	SML MASK	400, 447
OHC COVID-19 ANTIGEN		ON CALL EXPRESS TEST STRIP		OPTION-2	210, 211
HOME TEST	356, 444	.....	352, 446	OPTIUM EZ	352, 447
OJEMDA	76	ON CALL LANCET	364, 446	OPTIUM TEST	353, 447
OJJAARA	66	ON CALL PLUS LANCET	364, 446	OPTUMRX	353, 447
olanzapine	166, 176	446		OPVEE	42
olanzapine-fluoxetine	157, 166, 176	ON CALL PLUS TEST STRIP		OPZELURA	219
olmesartan	125	352, 446		ORACIT	314
olmesartan-amlodipin-hcthiazid		ON CALL VIVID TEST STRIP		ORALAIR	99
.....	124	352, 446		Oralone	469
olmesartan-hydrochlorothiazide		ONCASPAR	75	ORAMAGICRX	469
.....	124	ondansetron	294	ORAQIX	468
				ORAVIG	45

ORENCIA.....	30	OXYCONTIN	18	PEGASYS.....	58
ORENCIA (WITH MALTOSE) 30		oxymorphone	18	peg-electrolyte soln	308
ORENCIA CLICKJECT	30	OXYTROL.....	317	PEMAZYRE	79
ORENITRAM.....	143	OZEMPIC.....	267	pemetrexed.....	72
ORENITRAM MONTH 1		OZURDEX.....	479	pemetrexed disodium.....	72
TITRATION KT.....	142	P		PEMFEXY.....	72
ORENITRAM MONTH 2		Pacerone	127	PEMGARDA (EUA)	100
TITRATION KT.....	142	paclitaxel	89	PEMRYDI RTU	72
ORENITRAM MONTH 3		paclitaxel protein-bound	89	PENBRAYA (PF).....	114
TITRATION KT.....	142	PACNEX HP	216	penicillamine	33, 40
ORFADIN.....	464, 465	PACNEX LP.....	216	penicillin v potassium.....	63
ORGOVYX.....	82	PADCEV.....	71, 93	pentamidine.....	62
ORIAHNN	287	PALFORZIA (LEVEL 1).....	109	PENTASA	303
ORLISSA.....	288	PALFORZIA (LEVEL 2).....	109	pentazocine-naloxone	21
ORKAMBI.....	504	PALFORZIA (LEVEL 3).....	109	pentoxifylline	328
ORLADEYO.....	142	PALFORZIA (LEVEL 4).....	109	Percocet.....	21
orlistat.....	252	PALFORZIA (LEVEL 5).....	110	perindopril erbumine.....	123
Ormalvi.....	341	PALFORZIA (LEVEL 6).....	110	Periogard.....	468
orphenadrine citrate.....	345	PALFORZIA (LEVEL 7).....	110	PERJETA.....	94
orphenadrine-asa-caffeine	345	PALFORZIA (LEVEL 8).....	110	permethrin.....	244
ORSERDU	88	PALFORZIA (LEVEL 9).....	110	perphenazine.....	165
ORTHO MICRONOR.....	206	PALFORZIA (LEVEL 10).....	110	perphenazine-amitriptyline ..	157
ORTHO TRI-CYCLEN (28)	208	PALFORZIA (LEVEL 11 UP-		PERSERIS.....	163
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) .	208	DOSE).....	110	PERTZYE.....	295
ORTHOVISC.....	343	PALFORZIA INITIAL DOSE ..	110	PFLEX INSPIRATORY TRAINER	
OSCIMIN	299, 316	PALFORZIA LEVEL 11		.....	400, 447
OSCIMIN SL.....	299, 316	MAINTENANCE.....	110	PHARMACIST CHOICE. 353, 447	
oseltamivir	60	paliperidone.....	162, 163	PHASEAL PROTECTOR 396, 447	
OSPHENA.....	288	PALYNZIQ.....	466	PHEBURANE.....	465
OTEZLA.....	33, 226	PANCREAZE.....	295	PHEDRAX.....	222
OTEZLA STARTER.....	33, 226	PANDEL	233	phenazopyridine	314
OTREXUP (PF)	29	PANHEMATIN.....	319	phendimetrazine tartrate	251
OVACE PLUS.....	226	PANRETIN.....	225	phenelzine	154
OVACE PLUS SHAMPOO	226	pantoprazole	297	phenobarbital.....	146, 186
OVIDREL.....	281	PANZYGA	106	phenoxybenzamine.....	141
oxaliplatin	85	papaverine.....	141	phentermine	251, 252
oxaprozin.....	36	PARAGARD T 380A.....	195	phenylephrine hcl.....	481
oxazepam	145, 173	paricalcitol	464	phenyleph-tropicamide in water	
OXBRYTA	336	paromomycin	42	.....	474
oxcarbazepine.....	150	paroxetine hcl.....	156	Phenyleph-tropicamide in water	
OXERVATE.....	482	paroxetine		Phenyleph-tropicamide in water	
OXIAICE.....	213	mesylate(menop.sym).....	288	Phenyleph-tropicamide in water	
OXIAVAR.....	216	PARSABIV.....	273	Phenyleph-tropicamide in water	
OXIAVARY	216	PASER.....	55	Phenyleph-tropicamide in water	
oxiconazole	224	PAXLOVID.....	64	Phenyleph-tropicamide in water	
OXISTAT	224	pazopanib	87	Phenyleph-tropicamide in water	
OXLUMO	312	PEDIARIX (PF)	102, 112	Phenyleph-tropicamide in water	
OXTELLAR XR.....	150	PEDMARK.....	96	Phenyleph-tropicamide in water	
oxybutynin chloride	316	PEDVAX HIB (PF)	113	Phenyleph-tropicamide in water	
oxycodone	18	peg 3350-electrolytes.....	308	Phenyleph-tropicamide in water	
oxycodone-acetaminophen	20,	peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c		Phenyleph-tropicamide in water	
21		.....	308	Phenyleph-tropicamide in water	

<i>phytonadione (vitamin K1)</i>	261	PR BENZOYL PEROXIDE	216	PREMIUM V10	353, 448
PIFELTRO	51	PR CREAM	239	PREMPHASE	275
<i>pirencarpine hcl</i>	469, 474	PRADAXA	336, 337	PREMPRO	275
PILOT COVID-19 AT-HOME		PRAKETAMIDE	242	PRENAISSANCE	259
TEST	356, 447	<i>pralatrexate</i>	72	PRENAISSANCE PLUS	259
<i>pimecrolimus</i>	228	<i>pralidoxime</i>	40	PRENATAL 19 (WITH	
<i>pimozide</i>	164	PRALUENT PEN	132, 133	DOCUSATE)	259
<i>Pimtreea (28)</i>	196	<i>pramipexole</i>	161	PREPIDIL	262
<i>pindolol</i>	134	PRAMOSONE	235	PRESERA	229
<i>pioglitazone</i>	286	<i>prasugrel</i>	335	PRESSURE ACTIVATED	
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	270	<i>pravastatin</i>	131	LANCETS	365, 448
<i>pioglitazone-metformin</i>	270	<i>praziquantel</i>	43	<i>pretomanid</i>	55
PIP BLOOD GLUCOSE TEST		<i>prazosin</i>	141	<i>Prevalite</i>	128
STRIP	353, 447	PRECISION PCX PLUS TEST		PREVNAR 20 (PF)	115
PIP LANCET	365, 447	.....	353, 448	PREVYMIS	57
PIQRAY	84	PRECISION PCX TEST ..	353, 448	PREZCOBIX	53, 63
<i>pirfenidone</i>	508	PRECISION POINT OF CARE		PREZISTA	63
<i>piroxicam</i>	35	TEST	353, 448	PRIALT	15
PISTON SYRINGE WITH ENFIT		PRECISION Q-I-D TEST	353, 448	PRIFTIN	55, 64
.....	358, 447	PRECISION XTRA TEST	353, 448	PRIOSECC	297
PLAN B ONE-STEP	210, 211	PRED MILD	479	<i>primaquine</i>	47
PLATINUM TEST STRIP	353, 447	<i>prednicarbate</i>	233	PRIMEAIRE	400, 448
PLEGRIDY	471	prednisoln sp-moxiflox-bromfen		<i>primidone</i>	146
PLENITY	251	.....	476	PRIMSOL	44
PLENITY (WELCOME KIT)	251	<i>prednisolone</i>	278	PRIORIX (PF) ..	108, 118, 119, 120,
PLENVU	308	<i>prednisolone acetate</i>	479	121	
<i>plerixafor</i>	320	<i>prednisolone acetate (pf)</i>	479	PRIVIGEN	106
PLUVICTO	84, 87	<i>prednisolone acetate-bromfenac</i>		PRO COMFORT ALCOHOL	
PNEUMOVAX-23	115	.....	481	PADS	97
PNV-DHA + DOCUSATE	259	<i>prednisolone acetate-nepafenac</i>		PRO COMFORT LANCET ..	365,
POCKET CHAMBER	400, 447	.....	481	448	
PODOCON	236	<i>prednisolone sod ph-bromf (pf)</i>		PRO COMFORT SAFETY	
<i>podofilox</i>	236	.....	482	LANCET	365, 448
POLIBAR ACB	245	<i>prednisolone sod ph-moxiflox</i>		PRO DNA COLLECTION	469
POLIVY	71, 93	.....	476	PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP	
POLY HUB NEEDLE	391, 448	<i>prednisolone sodium phosphate</i>		.....	353, 448
<i>Polycin</i>	485	.....	278, 479	<i>probenecid</i>	317
polymyxin b sulf-trimethoprim		prednisolone-moxiflo-nepafenac		PROCARE SPACER WITH	
.....	486	.....	476	ADULT MASK	400, 448
POMALYST	89	prednisolone-moxifloxacin hcl		PROCARE SPACER WITH	
POMBILITI	463	.....	476	CHILD MASK	400, 448
PONVORY	473	prednisolone-moxiflox-bromfen		PROCHAMBER	400, 449
PONVORY 14-DAY STARTER		.....	476	<i>prochlorperazine</i>	293
PACK	473	prednisolon-moxiflox-bromf(pf)		<i>prochlorperazine maleate</i>	165,
<i>Portia 28</i>	204	.....	476	293	
PORTRAZZA	94	<i>prednisone</i>	279	PROCORT	39
<i>posaconazole</i>	45	PREDNISONE INTENSOL	279	PROCRIT	321
<i>potassium chloride</i>	256, 257	<i>pregabalin</i>	148, 179	PROCTOFOAM HC	39
<i>potassium citrate</i>	314	PREGNYL	281	<i>Procto-Med Hc</i>	38, 233
<i>potassium iodide</i>	256	PREHEVBRIO (PF)	103	<i>Proctosol Hc</i>	39, 233
POTELIGEO	76	PREMARIN	276, 509	<i>Proctozone-Hc</i>	39, 233
<i>povidone-iodine</i>	487	PREMIER TEST STRIP ..	353, 448	PROCYSBI	310

PRODIGY LANCETS	365, 449	QBREXZA	221	REBLOZYL	328, 337
PRODIGY NO CODING	353, 449	QELBREE	172	REBYOTA	292
PRODIGY TWIST TOP LANCET		QINLOCK	87	RECEDO	239
.....	365, 449	QNASL	506	Reclipsen (28)	204
PROFILNINE	322	QSYMIA	251	RECOMBINATE	325
progesterone	288	QTERN	268	RECOMBIVAX HB (PF) ..	103, 104
progesterone micronized	289	QUADRACEL (PF)	112	RECORLEV	262
PROGRAF	339	QUARTETTE	207	RECOTHROM	329
PROLASTIN-C	505	quazepam	173, 187	RECOTHROM SPRAY KIT	329
PROLEUKIN	80	quetiapine	165, 176	RECTIV	38
PROLIA	289	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	356, 449	REFUAH PLUS	354, 449
PROMACTA	337	QUIDROXZAR	235	REGENECARE	242
promethazine	293, 494, 495	QUILLICHEW ER	171	REGIOCIT (EUA)	319
Promethazine Vc	493	QUILLIVANT XR	171	REGRANEX	245
promethazine-codeine	507	quinapril	123	RELAGARD	509
promethazine-dm	507	quinapril-hydrochlorothiazide		RELENZA DISKHALER	60
Promethegan	293, 494, 495	.....	122	RELEUKO	327
PRONAL	236	quinidine gluconate	126	RELIAMED LANCET	365, 449
propafenone	126	quinidine sulfate	126	RELIAMED SAFETY SEAL	
proparacaine	483	quinine sulfate	47	LANCETS	365, 449
propranolol	135	QUINTET AC	353, 449	RELIAMED TWIST AND CAP	
propranolol-hydrochlorothiazid		QUINTET GLUCOSE TEST		LANCET	365, 449
.....	141	STRIPS	353, 449	RELION CONFIRM-MICRO	354, 449
propylthiouracil	271	QUIT 2	191	RELION PRIME TEST STRIPS	
PROQUAD (PF)	108, 118, 119, 120, 121	QUIT 4	191	.....	354, 450
protriptyline	158	QULIPTA	180	RELION ULTIMA	354, 450
PROVISC	485	QUTENZA	243	RELISTOR	41
PROVOCHOLINE	248	QUVIVIQ	187	RENACIDIN	311
PTS PANELS EGLU TEST STRIP		QVAR REDIHALER	497	RENFLEXIS	25, 28, 306
.....	353, 449	R		repaglinide	268
PULMICORT FLEXHALER	497	rabeprazole	297	REPATHA PUSHTRONEX	132, 133
PULMOZYME	505	RADICAVA	341	REPATHA SURECLICK ..	132, 133
PURE COMFORT ALCOHOL		RADICAVA ORS	341	REPATHA SYRINGE	133
PADS	98	RADICAVA ORS STARTER KIT		RESPA-AR	493
PURE COMFORT LANCETS	365, 449	SUSP	341	RESTASIS	479
PURE COMFORT SAFETY		RADIOGARDASE	40	RESTASIS MULTIDOSE	479
LANCETS	365, 449	RAGWITEK	99	RETACRIT	321
PURIXAN	73	raloxifene	289	RETEVMO	89
PUSH BUTTON SAFETY		ramipril	123	RETIN-A MICRO PUMP	217
LANCETS	365, 449	ranolazine	126	RETISERT	479
pyrazinamide	55	RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST	357, 449	RETROVIR	52
pyridostigmine bromide	342	rasagiline	160	REVCovi	463
pyridoxine (vitamin b6)	260	RASUVO (PF)	29, 30	REVEAL TEST STRIP	354, 450
pyrimethamine	47	RAVICTI	465	REXULTI	167
PYRUKYND	336	RAYALDEE	464	REYATAZ	64
PYTEST	246	READI-CAT 2	245	REYVOW	182
PYTEST KIT	246	REBIF (WITH ALBUMIN)	471	REZDIFFRA	337
Q		REBIF REBIDOSE	471	REZLIDHIA	83
QALSODY	341	REBIF TITRATION PACK	471	REZUROCK	33
QBRELIS	123	REBINYN	323		

RHOGAM ULTRA-FILTERED		ROXYBOND	18	SELZENTRY	48
PLUS	107	ROZLYTREK	87	SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN)	284
RHOPHYLAC	107	RUBRACA	85	SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN	284
RHOPRESSA	488	RUCONEST	320	SEREVENT DISKUS	500
RIABNI	30, 77	<i>rufinamide</i>	153	SERNIVO	233
RIASTAP	328	RUKOBIA	48	SEROQUEL XR	166
<i>ribavirin</i>	59, 60, 64	RUXIENCE	30, 77	SEROSTIM	280
RIDAURA	30	RYBELSUS	267	<i>sertraline</i>	156
<i>rifabutin</i>	55, 64	RYBREVANT	67	<i>Setlakin</i>	204
<i>rifampin</i>	55, 64	RYDAPT	87	<i>sevelamer carbonate</i>	312
RIGHTEST GL300 LANCETS 365, 450		RYLAZE	75	<i>sevelamer hcl</i>	312
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS	354, 450	RYPLAZIM	333	SEVENFACT	323
RIGHTEST GS700 TEST STRIP	354, 450	RYSTIGGO	342	<i>sevoflurane</i>	37
RIGHTEST GT333 TEST STRIP	354, 450	RYTARY	159	SF	467
RIGHTEST MAX TEST STRIP	354, 450	S		SF 5000 PLUS	467
<i>rilpivirine</i>	51	SABRIL	149	<i>Sharobel</i>	206
<i>riluzole</i>	341	SAFESNAP SYRINGE	392, 450, 451	SHINGRIX (PF)	120
<i>rimantadine</i>	60	SAFETY LANCETS	365, 451	SIGNIFOR	290
<i>ringer's</i>	255	<i>safety needles</i>	392, 451	SIGNIFOR LAR	290
RINVOQ	32, 219, 303	SAFETY SEAL LANCETS	365, 451	SIKLOS	336
RIOMET ER	286	SAFYRAL	204	<i>sildenafil</i>	250
<i>risedronate</i>	272, 273	SAIZEN SAIZENPREP	280	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	144
<i>risperidone</i>	163, 176	<i>Sajazir</i>	135	SILICONE MASK - INFANT ..	400, 451
<i>risperidone microspheres</i>	163	<i>salicylic acid</i>	236, 237	SILIQ	219
RITEFLO AEROCHAMBER ..	400, 450	SALIMEZ FORTE	237	<i>silodosin</i>	313
<i>ritonavir</i>	64	<i>salsalate</i>	37	SILVASORB	244
RITUXAN	30, 77	SALVAX	237	<i>silver nitrate</i>	220, 221
RITUXAN HYCELA	77	SALVAX DUO PLUS	236	<i>silver nitrate applicators</i>	236
<i>rivastigmine</i>	193	SANCUSO	294	<i>silver sulfadiazine</i>	227
<i>rivastigmine tartrate</i>	193	SANDIMMUNE	31, 339	SIMBRINZA	475
RIVELSA	207	SANDOSTATIN LAR DEPOT 290, 310		<i>Simliya (28)</i>	197
RIVFLOZA	312	SANTYL	230	<i>Simpesse</i>	197
RIXUBIS	323	SAPHNELO	338	SIMPONI	25, 28, 306
<i>rizatriptan</i>	181	<i>sapropterin</i>	466	SIMPONI ARIA	25, 28
ROCKLATAN	484	SARCLISA	77	SIMULECT	340
<i>roflumilast</i>	499	SAVAYSA	321	<i>simvastatin</i>	132
ROLVEDON	327	SAVELLA	156, 179	SINGLE-LET	365, 451
<i>romidepsin</i>	80	<i>saxagliptin</i>	266	<i>sirolimus</i>	340
<i>ropinirole</i>	161	<i>saxagliptin-metformin</i>	270, 271	SIRTURO	55
<i>Rosadan</i>	240	SAXENDA	252	<i>sitagliptin</i>	266
ROSULA	214	SCALACORT DK	233	SITZMARKS	248
ROSULA CLEANSING CLOTHS	214	SCEMBLIX	87	SITZMARKS FOR KIDS	248
<i>rosuvastatin</i>	131	SCLEROSOL INTRAPLEURAL	507	SIVEXTRO	62
ROTARIX	108, 119	<i>scopolamine base</i>	292	SKYCLARYS	341
ROTATEQ VACCINE	109, 120	SECUADO	161	SKYLA	195
		SEGLUROMET	268	SKYRIZI	218, 302
		<i>selegiline hcl</i>	160	SKYTROFA	281
		<i>selenium sulfide</i>	226, 227	SLYND	206

SMART SENSE LANCETS 365, 451	SOTYKTU 218	STRIBILD 54
SMART SENSE TEST STRIPS 354, 451	SOTYLIZE 127, 135	STRIVERDI RESPIMAT 500
SMARTEST LANCET 365, 451	SOVALDI 59	STRONG IODINE 98, 256
SMARTEST TEST 354, 451	SOVUNA 29, 47	SUBLOCADE 188
sodium chlor 0.9% bacteriostat 254, 260	SPACE CHAMBER 400, 452	Subvenite 152
sodium chloride 192, 238, 254, 255	SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK 400, 452	Subvenite Starter (Blue) Kit .. 152, 175
sodium chloride 0.45 % 260	SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK 400, 452	Subvenite Starter (Green) Kit 152, 175
sodium chloride 0.9 % 254, 260	SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK 400, 452	Subvenite Starter (Orange) Kit 152, 175
sodium chloride 0.9 % (flush) . 260	SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST 357, 452	SUCRAID 296
sodium citrate 319	SPEVIGO 218	sucralfate 309
sodium citrate in 0.9 % nacl ... 319	SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) 117	SUFLAVE 308
sodium citrate-citric acid 314	spinosad 244	sulconazole 224
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH 468	SPINRAZA (PF) 346	sulfacetamide sodium 227, 487
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS 468	SPIRIVA RESPIMAT 499	sulfacetamide sodium (acne) 213
sodium fluoride-pot nitrate ... 468	SPIRIVA WITH HANDIHALER 499	sulfacetamide sodium-sulfur . 214, 215
sodium iodide-123 249	spironolactone 123, 139	sulfacetamide sod-sulfur-urea 215, 240
sodium iodide-131 249	spironolacton-hydrochlorothiaz 140	sulfacetamide-prednisolone ... 476
sodium oxybate 184	SPRAVATO 155	sulfadiazine 64
sodium phenylbutyrate 465	SPRAY AND STRETCH 238	sulfamethoxazole-trimethoprim 44
sodium polystyrene sulfonate 255	Sprintec (28) 204	SULFAMILYLON 227
sodium,potassium,mag sulfates 308	SPRYCEL 87	sulfasalazine 33, 303
SOFDRA 221	Sps (With Sorbitol) 255	SULFATRIM 44
SOFT TOUCH LANCETS 366, 451	SPS (WITH SORBITOL) 255	sulindac 34
SOGROYA 281	Sronyx 204	sumatriptan 181
SOHONOS 341	SSD 227	sumatriptan succinate ... 181, 182
SOLESTA 404	SSKI 256	sunitinib malate 87
solifenacin 315	SSS 10-5 214	SUNLENCA 42
SOLIQUA 100/33 271	ST JOSEPH ASPIRIN 37, 335	SUNOSI 185
SOLIRIS 318, 335	ST. JOSEPH ASPIRIN 37, 335	SUPARTZ FX 343
SOLOSEC 48	stavudine 52	SUPER THIN LANCETS . 366, 452
SOLTAMOX 88	STEGLATRO 269	SUPPRELIN LA 287
SOLU-CORTEF 279	STEGLUJAN 269	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 98
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 279	STELARA 218, 301, 302	SURE COMFORT LANCETS 366, 452
SOLUS V2 LANCETS 366, 451	STENDRA 250	SURE-LANCE 366, 452
SOLUS V2 TEST STRIPS . 354, 452	STERILANCE TL 366, 452	SURE-LANCE ULTRA THIN . 366, 452
SOMATULINE DEPOT 290	STERILE HYDROGEL FOR JELMYTO 254	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 98
SOMAVERT 279	sterile talc 508	SURE-TEST EASYPLUS MINI 354, 452
SOOLANTRA 240	STERITALC 508	SURE-TOUCH LANCET 366, 452
sorafenib 83	STIMUFEND 327	SURGUARD2 SAFETY 393, 453
sorbitol 311	STIOLTO RESPIMAT 501	SURVANTA 505
sorbitol-mannitol 311	STIVARGA 83	SUSVIMO 484, 489
SORILUX 226	STOP SMOKING AID 191	
sotalol 127, 135	STRAVIX 243	
Sotalol Af 127, 135	STRENSIQ 462	

SUSVIMO (INITIAL FILL).....	484, 489	TAKE ACTION.....	210, 212	tenofovir disoproxil fumarate	53, 58
SUSVIMO IMPLANT AND INS. TOOL.....	371, 453	TAKHZYRO.....	142	TEPADINA.....	68
SUTAB.....	309	TALICIA.....	300	TEPEZZA.....	290
Syeda.....	205	TALTZ AUTOINJECTOR.....	219	TEPMETKO.....	87
SYLVANT.....	80	TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK).....	219	terazosin.....	141
SYMAX DUOTAB.....	299, 316	TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK).....	219	terbinafine hcl.....	44
SYMDEKO.....	504	TALTZ SYRINGE.....	219	terbutaline.....	501
SYMJEPI.....	137	TALZENNA.....	85	terconazole.....	508, 509
SYMLINPEN 120.....	266	tamoxifen.....	88	teriflunomide.....	472
SYMLINPEN 60.....	266	tamsulosin.....	313	teriparatide.....	272
SYMPROIC.....	41	Tarina 24 Fe.....	205	Terrell.....	38
SYMTUZA.....	53	Tarina Fe 1/20 (28).....	205	TERSİ FOAM.....	227
SYNAGIS.....	100	Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	205	TERUMO ALLERGY SYRINGE.....	394, 454
SYNALAR CREAM KIT.....	234	TARON-PREX PRENATAL-DHA.....	257, 259	TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN.....	394, 455
SYNALAR OINTMENT KIT....	234	TARPEYO.....	279	TERUMO SYRINGE.....	394, 455
SYNALAR TS.....	235	TASCENSO ODT.....	473	TEST N'GO TEST.....	354, 455
SYNAREL.....	287	TASIGNA.....	87	testosterone.....	265
SYNDROS.....	177, 252, 293	tasimelteon.....	179	testosterone cypionate.....	265
SYNJARDY.....	268	tavaborole.....	224	testosterone enanthate.....	265
SYNJARDY XR.....	268	TAVALISSE.....	320	tetrabenazine.....	183
SYNOJOYNT.....	344	TAVNEOS.....	22	tetracaine hcl.....	483
SYNVISC.....	344	TAYTULLA.....	205	tetracaine hcl (pf).....	483
SYNVISC-ONE.....	344	tazarotene.....	226, 239	tetracycline.....	65
syringe (disposable).....	393, 453	TAZORAC.....	226	TEXACORT.....	233
SYRINGE 3CC/20GXI.....	393, 453	TAZVERIK.....	79	TEZSPIRE.....	498
SYRINGE 3CC/21GXI.....	393, 454	TD GOLD TEST STRIP...354,	454	THALOMID.....	46, 89
SYRINGE 3CC/21GXI-1/2.....	394, 454	TDVAX.....	112	THEO-24.....	499
SYRINGE 3CC/22GXI.....	394, 454	TECENTRIQ.....	92	theophylline.....	499
SYRINGE 3CC/22GX3/4.....	394, 454	TECHLITE LANCETS.....	366, 454	thiamine hcl (vitamin b1).....	260
SYRINGE 3CC/25GXI.....	394, 454	TEGLUTIK.....	342	THIN LANCETS.....	366, 455
SYRINGE AVITENE.....	329	TEGRETOL.....	150, 175	THIOLA EC.....	311
syringe with needle.....	394, 454	TEGRETOL XR.....	151, 175	thioridazine.....	165
syringe with needle, safety....	394, 454	TEGSEDI.....	264	thiotepa.....	68
SYRINGE WITHOUT NEEDLE.....	394, 454	TELCARE LANCETS.....	366, 454	thiothixene.....	165
T.....		TELCARE TEST STRIPS..354,	454	THRESHOLD IMT TRAINER401,	455
T.R.U.E. TEST ALLERGEN.....	100	telmisartan.....	125	THRESHOLD PEP DEVICE...401,	455
TABLOID.....	73	telmisartan-amlodipine.....	124	THROMBIN-JMI.....	329, 330
TABRECTA.....	87	telmisartan-hydrochlorothiazid.....	124	THYMOGLOBULIN.....	108
TACHOSIL.....	330	temazepam.....	173, 187	THYQUIDITY.....	291
tacrolimus.....	228, 339	TEMBEXA.....	65	THYROGEN.....	249
tadalafil.....	250, 313	TEMODAR.....	70	THYROGEN.....	249
tadalafil (pulm. hypertension).....	144	temozolomide.....	70	thyroid (pork).....	290
TAFINLAR.....	76	TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE.....	366, 454	Tiadyt Er.....	136
tafluprost (pf).....	488	tensirolimus.....	83	tiagabine.....	149
TAGITOL V.....	245	Tencon.....	22	TIBSOVO.....	83
TAGRISSO.....	68	teniposide.....	78	TIGLUTIK.....	342
		TENIVAC (PF).....	112	Tilia Fe.....	208
				timolol maleate.....	135, 482

timolol maleate (pf)	482	tranexamic acid	328	TRI-MIX (PAPAVRN- PHNTLMN-PGE I)	250
tinidazole	48	tranylcypramine	154	TRIMO-SAN JELLY	509
tiopronin	311	TRANZAREL	242	TRINTELLIX	157
TIROSINT	291	travoprost	488	Tri-Nymyo	208
TIROSINT-SOL	291	TRAZIMERA	95	TRIPTODUR	287
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN)	241	trazodone	156	TRISENOX	75
TIS-U-SOL PENTALYTE	255	TRECTOR	55	Tri-Sprintec (28)	209
TIVDAK	71, 93	TRELEGY ELLIPTA	503	TRIUMEQ	54
TIVICAY	50	TRELSTAR	81	TRIUMEQ PD	54
TIVICAY PD	50	TREMFYA	218	TRIVISC	344
tizanidine	345	treprostinil sodium	143	Trivora (28)	209
TLANDO	265	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	284	Tri-Vylibra	209
TOBI PODHALER	503	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	284	Tri-Vylibra Lo	209
TOBRADEX	476	TRESIBA U-100 INSULIN	284	TRODELVY	93
TOBRADEX ST	476	tretinoin	217	TROGARZO	48
tobramycin	486, 503	tretinoin (antineoplastic)	88	tropicamide	477
tobramycin in 0.225 % nacl	503	tretinoin microspheres	217	tropium	317
tobramycin with nebulizer	503	TRETEN	326	TRUDHESA	181
tobramycin-dexamethasone ..	476	TREXALL	30, 72	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	98
tobramycin-vancomycin	477, 486	triamcinolone acetonide 234, 469		TRUE COMFORT LANCET ..	366, 455
TOBREX	486	triamterene	139	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	98
TOLAK	225	triamterene-hydrochlorothiazid	140	TRUE COVER CONDOM	370, 455
tolcapone	159	triazolam	173, 187	TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	354, 455
tolmetin	34	TRI-CHLOR	237	TRUE METRIX PRO TEST STRIP	354, 455
tolterodine	317	Tridacaine li	242	TRUEPLUS KETONE	403, 455
tolvaptan	140	Triderm	234	TRUEPLUS LANCETS	366, 455
TOOMEY SYRINGE	394, 455	trientine	40, 41	TRUETEST TEST STRIPS	355, 455
TOPCARE UNIVERSALI LANCET	366, 455	Tri-Estarylla	208	TRUETRACK TEST	355, 456
topiramate	151	TRIFERIC	256	TRULANCE	295, 301
topotecan	90	trifluoperazine	165	TRULICITY	267
toremifene	88	trifluridine	487	TRUMENBA	116
TORONOVA II SUIK	34	trihexyphenidyl	160	TRUQAP	66
TORONOVA SUIK	34	TRIJARDY XR	271	TRUSKIN	243
Torpenz	83	TRIKAFTA	504	TRUSTEX LATEX CONDOM	371, 456
toremide	139	Tri-Legest Fe	208	TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS	371, 456
TOTALVISC	485	Tri-Linyah	208	TRUSTEX NON-LUB CONDOMS	371, 456
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	284	TRILOAN II SUIK	279	TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE	371, 456
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	284	TRILOAN SUIK	279	TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS	371, 456
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	248	Tri-Lo-Estarylla	208		
TPOXX (NATIONAL STOCKPILE)	66	Tri-Lo-Marzia	208		
TRACLEER	144	Tri-Lo-Mili	208		
TRADJENTA	266	Tri-Lo-Sprintec	208		
tramadol	18, 19	TRI-LUMA	229		
tramadol-acetaminophen	22	TRILURON	344		
trandolapril	123	trimethobenzamide	293		
trandolapril-verapamil	122	trimethoprim	44		
		Tri-Mili	208		
		trimipramine	158		

TRUSTEX-RIA NON-LUB			
CONDOMS	371, 456		
TRUXIMA	30, 77		
TUBERCULIN SYRINGE	394, 395, 456		
tuberculin-allergy syringes	395, 456		
TUDORZA PRESSAIR	499		
TUKYSA	78		
Tulana	206		
TURALIO	87		
Turqoz (28)	205		
TUXARIN ER	507		
TWINRIX (PF)	100		
TWIRLA	209		
TWIST LANCETS	366, 456		
TYBLUME	205		
TYBOST	466		
Tydemy	205		
TYMLOS	272		
TYRVAYA	506		
TYSABRI	470		
TYVASO	143		
TYVASO DPI	143		
TYVASO INSTITUTIONAL			
START KIT	143		
TYVASO REFILL KIT	143		
TYVASO STARTER KIT	143		
TZIELD	261		
U			
UBRELVY	180		
UDENYCA	327		
UDENYCA ONBODY	327		
ULESFIA	244		
ULTICARE	395, 457		
ULTICARE LOW DEAD SPACE			
SYRINGE	395, 456		
ULTICARE SAFETY SYRINGE			
.....	395, 456		
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE			
.....	395, 457		
ULTILET ALCOHOL SWAB	98		
ULTILET BASIC LANCETS	366, 457		
ULTILET CLASSIC LANCETS			
.....	366, 457		
ULTILET LANCETS	366, 457		
ULTILET SAFETY LANCETS	367, 457		
ULTIMA TEST STRIPS	355, 457		
ULTOMIRIS	319, 335		
ULTRA FINE LANCETS	367, 457		
ULTRA THIN II LANCETS	367, 457		
ULTRA THIN LANCETS	367, 457		
ULTRA THIN PLUS LANCETS			
.....	367, 457		
ULTRA TLC LANCETS	367, 457		
ULTRA-CARE LANCETS	367, 457		
ULTRALANCE LANCETS	367, 457		
ULTRASAL-ER	237		
ULTRA-THIN II LANCETS	367, 457		
ULTRATRAK	355, 457		
ULTRATRAK ULTIMATE	355, 457		
UNILET COMFORTOUCH			
LANCET	367, 458		
UNILET GP LANCET	367, 458		
UNILET LANCET	367, 458		
UNILET LANCETS	367, 458		
UNILET SUPER THIN LANCETS			
.....	367, 458		
UNISTIK 3 COMFORT LANCET			
.....	367, 458		
UNISTIK 3 EXTRA LANCET	367, 458		
UNISTIK 3 GENTLE	367, 458		
UNISTIK 3 NORMAL LANCET			
.....	367, 458		
UNISTIK COMFORT LANCETS			
.....	367, 458		
UNISTIK CZT LANCET	368, 458		
UNISTIK EXTRA LANCETS	368, 458		
UNISTIK NORMAL LANCETS			
.....	368, 458		
UNISTIK PRO LANCET	368, 458		
UNISTIK SAFETY	368, 458		
UNISTIK TOUCH LANCETS	368, 458		
UNISTRIP I TEST STRIP	355, 458		
UNIVERSAL I LANCETS	368, 458		
UPLIZNA	339		
UPNEEQ (PF)	474		
UPTRAVI	141		
URAMAXIN	237		
URAMAXIN GT	236		
urea	237		
UREA NAIL STICK	237		
URETRON D-S	62, 315		
URISTIX 4	247, 458		
URISTIX REAGENT	247, 459		
URO-458	62, 315		
UROGESIC-BLUE	62, 315		
URO-MP	62, 315		
UROQID-ACID NO.2	62, 314		
ursodiol	296		
UZEDY	163		
V			
VABYSMO	474		
VAGINAL CONTRACEPTIVE			
FILM	212		
valacyclovir	60		
VALCHLOR	224		
valganciclovir	57		
valproic acid	148, 175		
valproic acid (as sodium salt)			
.....	148, 175		
valrubicin	91		
valsartan	125		
valsartan-hydrochlorothiazide			
.....	124		
VALSTAR	91		
VALTOCO	147, 174		
vancomycin	57, 58		
vancomycin in 0.9 % sodium chl			
.....	477		
VANFLYTA	79		
VANISHPOINT SYRINGE	395, 396, 459		
VANISHPOINT TUBERCULIN			
SYRINGE	396, 459		
VANOXIDE-HC	216		
VAQTA (PF)	101		
vardenafil	250		
varenicline	192		
VARIBAR HONEY	245		
VARIBAR NECTAR	245		
VARIBAR PUDDING	245		
VARIBAR THIN HONEY	246		
VARIBAR THIN LIQUID	246		
VARIVAX (PF)	109, 121		
VARIZIG	107		
VARUBI	294		
VASCEPA	132		
VASELINE WHITE PETROLEUM			
.....	239		
VASHE	244		
VAXCHORA ACTIVE			
COMPONENT	109, 116		
VAXCHORA BUFFER			
COMPONENT	192		
VAXCHORA VACCINE	109, 116		
VAXELIS (PF)	102, 113, 117		

VAXNEUVANCE (PF).....	116	VISUDYNE.....	484	VYVGART HYTRULO	342
VCF CONTRACEPTIVE FILM 212		VITAFOL FE+ (WITH		VYXEOS.....	71
VCF CONTRACEPTIVE GEL..	212	DOCUSATE)	259	VYZULTA	488
VECTIBIX.....	94	Vitamin D2.....	261	W	
VEGZELMA	67	VITAMIN K.....	261	WAINUA	264
VELETRI.....	143	Vitamin K1	261	WAKIX	185
Velivet Triphasic Regimen (28)		VITRAKVI.....	90	warfarin.....	319
.....	209	VIVAGUARD INO TEST STRIP		water for injection, sterile	254
VELPHORO.....	312, 313	.....	355, 460	water for irrigation, sterile	256
VELSIPITY.....	304	VIVAGUARD LANCET....	368, 460	WAVESENSE JAZZ.....	355, 460
VELTASSA	255	VIVAGUARD SAFETY LANCET		WAVESENSE PRESTO ...	355, 460
VEMLIDY.....	58	.....	368, 460	WEBCOL.....	98
VENCLEXTA	75	VIVIMUSTA	69	WEGOVY.....	252
VENCLEXTA STARTING PACK		VIVITROL	189	WELIREG	80
.....	75	VIVJOA.....	45	Wera (28).....	205
venlafaxine.....	157	VIVOTIF	109, 113	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60	
VENTAVIS	143	VIZIMPRO	68	.....	357, 460
VEOPOZ.....	291	VOCABRIA.....	50	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65	
VEOZAH.....	262	Volnea (28).....	197	.....	357, 460
verapamil.....	127, 137	VONJO.....	80	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70	
VERIFINE SAFETY LANCET		VONVENDI.....	328	.....	357, 460
MINI.....	368, 459	VOQUEZNA	292	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET		VOQUEZNA DUAL PAK	300	.....	357, 460
.....	368, 459	VOQUEZNA TRIPLE PAK	300	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80	
VERQUVO	126	VORAXAZE	95, 96	.....	357, 460
VERSACLOZ	164	voriconazole.....	45	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85	
VERZENIO.....	78	VORTEX HOLDING CHAMBER		.....	357, 460
VESICARE LS	315	.....	401, 460	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90	
Vestura (28).....	205	VORTEX VHC FROG MASK-		.....	357, 460
VEVYE.....	479	CHILD	401, 460	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95	
V-GO 20.....	402, 459	VORTEX VHC LADYBUG		.....	357, 461
V-GO 30.....	402, 459	MASK-TODDLR	401, 460	WILATE	326
V-GO 40.....	402, 459	VOSEVI.....	59	WILZIN.....	40
VIBERZI	301, 306	VOWST	292	WINLEVI.....	212
Vienna.....	205	VOXZOGO.....	272	WINREVAIR	121
vigabatrin.....	149	VOYDEYA.....	318, 319	WINRHO SDF.....	107
Vigadrone.....	149	VP-CH-PNV	259	Wixela Inhub	502
Vigpoder	149	VPRIV	462	WOUNDGELHA MATRIX.....	239
VIJOICE.....	465	VRAYLAR.....	168, 176	Wymzya Fe.....	205
vilazodone.....	157	VTAMA.....	226	WYNZORA	217
VILTEPSO	343	VUEBLU.....	248	X	
VIMIZIM.....	463	VUITY	475	XADAGO	160
VIMPAT.....	148	VUMERITY	472	XALIX.....	237
vinblastine.....	90	VYEPTI	180	XALKORI	70
vinorelbine	90	Vyfemla (28).....	205	XARELTO	321
VIOKACE.....	296	VYLEESI	179	XARELTO DVT-PE TREAT 30D	
Viorele (28).....	197	Vylibra	205	START	321
VIRACEPT	64	VYNDAMAX.....	264	XATMEP	30, 72
VIREAD	53, 58	VYNDAQEL	264	XCLAIR.....	229
VISCO-3.....	344	VYONDYS-53.....	343	XCOPRI.....	154
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT		VYVANSE.....	171	XCOPRI MAINTENANCE PACK	
.....	330	VYVGART	342	.....	154

XCOPRI TITRATION PACK..	154	Yargesa	464	zidovudine	52
XDEMVI	473	YASMIN (28)	206	ZIEXTENZO	328
XELJANZ	32, 303	YAZ (28)	206	ZILBRYSQ	342
XELJANZ XR	32, 303	YCANTH	237	ZIMHI	42
XELPROS	488	YERVOY	78	ziprasidone hcl	161, 176
XELSTRYM	171, 178	YOKATAR	229	ZIRABEV	67
XEMBIFY	106	YONDELIS	91	ZIRGAN	487
XENLETA	63	YONSA	67, 71	ZITHRANOL	226
XENON XE-133	249	YUPELRI	499	ZOKINVY	466
XENOVIEW PATIENT DOSE	248	Yuvafem	509	ZOLADEX	82
XENOVIEW PREPARATION		Z		zoledronic acid	273
GAS BLEND	248	Zafemy	209	zoledronic acid-mannitol-water	
XENPOZYME	461	zafirlukast	498	.....	273
XEOMIN	344	zaleplon	187	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	
XEPI	221	ZALTRAP	94	.....	273
XGEVA	289	ZANOSAR	91	ZOLINZA	80
XHANCE	506	Zarah	206	zolmitriptan	182
XIAFLEX	344	ZARXIO	327	zolpidem	187
XIFAXAN	64	ZAVZPRET	180	ZOMACTON	281
XIGDUO XR	268	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR		Zomig	182
XIIDRA	479	.....	263	ZONISADE	153
XOFLUZA	60	ZEGALOGUE SYRINGE	263	zonisamide	153
XOLAIR	496	ZEJULA	85	ZONTIVITY	335
XOLREMDI	320	ZELAPAR	160	ZORYVE	226, 227
XOSPATA	79	ZELBORAF	76	Zovia 1-35 (28)	206
XPHOZAH	253	ZELNORM	301, 307	ZTALMY	151
XPOVIO	79, 88	ZEMAIRA	505	ZUBSOLV	189
XTAMPZA ER	19	Zenatane	212	ZULRESSO	155
XTANDI	70, 71	ZENPEP	296	Zumandimine (28)	206
Xulane	209	Zenzedi	171, 178, 186	ZURZUVAE	155
XULTOPHY 100/3.6	271	ZEPATIER	59	ZYDELIG	84
XURIDEN	464	ZEPBOUND	251	ZYKADIA	70
XYNTHA	326	ZEPOSIA	304, 473	ZYLET	476
XYNTHA SOLOFUSE	326	ZEPOSIA STARTER KIT (28-		ZYNLONTA	76
XYOSTED	265	DAY)	304, 473	ZYNYZ	92
XYWAV	184	ZEPOSIA STARTER PACK (7-		ZYPRAM	39
Y		DAY)	304, 473	ZYPREXA RELPREVV	166
YALE DISPOSABLE NEEDLES		ZEPZELCA	91		
.....	396, 461	ZETONNA	506		