

Lista Estándar de Medicamentos Cubiertos

Noviembre 2024

Inland Empire Health Plan

Esta Lista de Medicamentos Cubiertos se actualizó por última vez el 18 de Octubre de 2024. Esta Lista de Medicamentos Cubiertos está sujeta a cambios y todas las versiones anteriores de la Lista de Medicamentos Cubiertos ya no se aplican. Para obtener la información más actualizada sobre la Lista Estándar de Medicamentos Cubiertos, visite:
<https://www.iehp.org/content/dam/iehp-org/en/documents/coveredcalifornia/Formulary.pdf>.

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

Tabla de Contenido

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

Sección Informativa

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

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos incluyen:

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

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ejemplo: ANTICOAGULANTES HEPARINAS Y AGENTES SIMILARES A LOS HEPARINOIDES

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	38
Preparaciones Anorrectales - Preparaciones Rectales	39
Antídotos y otros Agentes de Reversión - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación	40
Agentes Antiinfecciosos	42
Agentes Antiinfecciosos - Medicamentos para Infección	43
Antineoplásicos	66
Antineoplásicos - Medicamentos para el Cáncer	67
Antisépticos y Desinfectantes - Antisépticos y Desinfectantes	97
Biológicos	99
Biológicos - Agentes Biológicos	100
Agentes de Terapia Cardiovascular	124
Agentes de Terapia Cardiovascular - Medicamentos para el Corazón	125
Agentes del Sistema Nervioso Central	148
Agentes del Sistema Nervioso Central - Medicamentos para el Sistema Nervioso	148
Dependencia Química, Agentes para Tratar – Medicamentos para Tratar la Adicción	191
Coadyuvantes Químicos-Farmacéuticos	195
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos	196
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Medicamentos para el Sistema Nervioso	196
Anticonceptivos - Medicamentos para el Cuidado Femenino	198
Dermatológico	215
Dermatológico - Medicamentos para la Piel	216
Agentes de Diagnóstico	249
Medicamentos para Tratar la Disfunción Eréctil - Medicamentos para el Sistema Urinario	254
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales	255
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales - Medicamentos Nutricionales	255
Endocrino	264
Endocrino - Hormonas	265

Enzimas - Vitaminas y Minerales	294
Agentes de Terapia Gastrointestinal	294
Agentes de Terapia Gastrointestinal - Medicamentos para el Estómago.....	295
Terapia Genitourinaria - Medicamentos para el Sistema Urinario.....	313
Terapia para la Gota e Hiperuricemia - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre	320
Agentes Hematológicos	321
Agentes Hematológicos - Medicamentos para la Sangre	321
Agentes del Tratamiento del Sistema Hepatobiliar.....	341
Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado	341
Agentes Inmunosupresores - Medicamentos para Trasplantes de Órganos	342
Aparato Locomotor.....	344
Aparato Locomotor - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos.....	345
Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero (DME) - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero	350
Suministro Médico, FDB Superset	410
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas.....	470
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas	470
Modificadores Metabólicos	472
Modificadores Metabólicos - Fármacos que Alteran el Metabolismo.....	472
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Medicamentos para la Boca y Garganta	475
Agentes de Esclerosis Múltiple - Medicamentos para el Sistema Nervioso.....	479
Agentes Oftálmicos	482
Agentes Oftálmicos - Medicamentos para los Ojos	482
Soluciones para la Preservación de Órganos.....	499
Soluciones para la Preservación de Órganos - Medicamentos para el Corazón	499
Ótico (Oído) - Medicamentos para el Oído	502
Agentes de Terapia Respiratoria	503
Agentes de Terapia Respiratoria - Medicamentos para los Pulmones	503
Productos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino.....	518
Agentes para Aumentar o Perder Peso.....	520
Agentes para Aumentar o Perder Peso – Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación.....	520

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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (pf)-0.9%nacl intravenous pt controlled analgesia syringe 1,000 mcg/50 ml (20 mcg/ml), 500 mcg/50 ml (10 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Nivel 1	PA
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Nivel 1	PA; ST
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour, 87.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	PA; ST
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet,oral only,ext.rel.24 hr 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syringe 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	
HYSINGLA ER ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.24 HR 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 80 MG (<i>hydrocodone bitartrate</i>)	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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>meperidine oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día)
<i>meperidine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML por 1 día)
<i>methadone hcl</i> (Methadone Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ML)	Nivel 1	QL (4 ML por 1 día)
<i>methadone oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML por 1 día)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 1 día)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (40 ML por 1 día)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>methadone oral tablet,soluble 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>methadone hcl</i> (Methadose Oral Tablet,Soluble 40 Mg)	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous pt controlled analgesia syring 275 mg/55 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>morphine oral capsule,extend.release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral tablet 30 mg</i>	Nivel 2	
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>morphine rectal suppository 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG, 250 MG, 50 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 75 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	Nivel 3	QL (6 EA por 1 día)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet, oral only 15 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (<i>oxycodone hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 80 MG (<i>oxycodone hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (4 EA por 1 día)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<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)

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 phosphate/butalbital/aspirin/caffeine</i> (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
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	

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
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 200 MG/ML, 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
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	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 (adalimumab-adbm)	Nivel 4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	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 (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-abda</i>)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
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) - 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)
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 20 MG/0.4 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.6 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.8 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (2.4 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (0.6 ML por 28 días)
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (<i>methotrexate sodium</i>)	Nivel 2	OCH
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (<i>methotrexate</i>)	Nivel 3	ST; OCH; QL (120 ML por 60 días)
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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) - 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		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine, modified</i> (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
<i>cyclosporine, modified</i> (Gengraf Oral Solution 100 Mg/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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cyclosporine, modified</i>)	Nivel 1	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 1	
FAME (DMARD) - Antagonista del Receptor de Interleucina-1 (IL-1Ra) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (<i>tocilizumab-aazg</i>)	Nivel 4	PA
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML) (<i>tocilizumab-aazg</i>)	Nivel 4	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (<i>tocilizumab-aazg</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Inhibidores de Janus Kinasa (JAK) - 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
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (<i>baricitinib</i>)	Nivel 4	PA
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (<i>upadacitinib</i>)	Nivel 4	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG (<i>upadacitinib</i>)	Nivel 4	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Otro - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (<i>penicillamine</i>)	Nivel 4	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (<i>penicillamine</i>)	Nivel 4	PA
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	
FAME (DMARD) - Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 (PDE4) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (<i>apremilast</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
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (<i>apremilast</i>)	Nivel 4	PA
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 Específico 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
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	

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
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	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Nivel 1	
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
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
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	
<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.analgésia 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM por 30 días)
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (<i>bupivacaine hcl/pf/norflurane/pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
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	
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	
<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 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</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>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal kit 3-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (<i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i>)	Nivel 3	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (<i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i>)	Nivel 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (<i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl/skin cleanser no.16</i>)	Nivel 3	
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 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	
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		

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Nivel 1	
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 Macrocíclicas - 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	
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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>oteseconazole</i>)	Nivel 3	PA
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		
<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	
Adyuvantes 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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Nivel 1	
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	
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (<i>cabotegravir</i>)	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 0.15 EN 1DÍA, SURTIR 7 EN 365 DÍAS Y NO TENER HISTORIAL DE MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (21 ML por 365 días); Edad (Mín 12 Años)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	Nivel 1	Edad (Mín 12 Años)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 0.15 EN 1 DÍA, SURTIR 7 EN 365 DÍAS Y NO TENER HISTORIAL DE MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (21 ML por 365 días); Edad (Mín 12 Años)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
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>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>emtricitabine</i>)	Nivel 2	QL (850 ML por 30 días)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (960 ML por 30 días)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>zidovudine</i>)	Nivel 2	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleótidos - Medicamentos para Infecciones Virales		
<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	

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
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		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 125 mg</i>	Nivel 1	QL (56 EA por 1 SURTIDO)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	QL (112 EA por 1 SURTIDO)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML por 1 SURTIDO)
<i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (600 ML por 1 SURTIDO)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Nivel 4	PA
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Análogos de Nucleósidos - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antibióticos Lincosamida - Antibióticos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Clindamycin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 Ml)	Nivel 1	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antibiótico Penicilina - Natural - Antibióticos		
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG (<i>ritonavir</i>)	Nivel 2	QL (12 EA por 1 día)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (<i>ritonavir</i>)	Nivel 2	QL (12 EA por 1 día)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	Nivel 2	QL (5 EA por 1 día)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	Nivel 2	
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		
LAGEVIRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG (<i>molnupiravir</i>)	\$0	QL (40 EA por 29 días); Edad (Mín 18 Años)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antibiótico Sulfonamida - Antibióticos		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos de Tetraciclina - Antibióticos		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxyne NI Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxyne NI Oral Capsule 75 Mg)	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (<i>omadacycline tosylate</i>)	Nivel 3	PA
<i>tetracycline 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
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	
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
Antineoplástico – 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
Antineoplásico - Inhibidores de Telomerasa		
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG (<i>imetelstat sodium</i>)	Nivel 4	PA
Conjunción Disruptora de Microtúbulos y Anticuerpo Dirigido alfa Antineoplásico-FR		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (<i>mirvetuximab soravtansine-gynx</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico- Inhibidor de Isocitrato deshidrogenasa-1 y -2 (IDH1 e IDH2)		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG (<i>vorasidenib citrate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
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		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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
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 Quinasa EGFR de 3ra Generación - Medicamentos para el Cáncer		
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG (<i>lazertinib mesylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (<i>osimertinib mesylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - 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, 500 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
EVOMELA INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG (<i>melfalan hcl/betadex sulfobutyl ether sodium</i>)	Nivel 4	
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram, 3 gram</i>	Nivel 4	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	Nivel 4	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (<i>chlorambucil</i>)	Nivel 4	OCH
<i>melfalan hcl intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Nitrosoureas - Medicamentos para el Cáncer		
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (<i>crizotinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG (<i>crizotinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (<i>ceritinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG (<i>trifluridine/tipiracil hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ERWINASE INJECTION RECON SOLN 10,000 UNIT (<i>asparaginase (erwinia chrysanthemi)</i>)	Nivel 4	
ONCASPAR INJECTION SOLUTION 750 UNIT/ML (<i>pegaspargase</i>)	Nivel 4	PA
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5 ML (<i>asparaginase erwinia chrysanthemi (recombinant)-rywn</i>)	Nivel 4	PA
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>pirtobrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) <i>(rituximab/hyaluronidase, human recombinant)</i>	Nivel 4	PA
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML <i>(rituximab)</i>	Nivel 4	PA
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML <i>(rituximab-pvvr)</i>	Nivel 4	PA
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML <i>(rituximab-abbs)</i>	Nivel 4	PA
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) (<i>ipilimumab</i>)	Nivel 4	PA
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
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		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) (<i>futibatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG (<i>pemigatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (<i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i>)	Nivel 4	PA
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
Antineoplásico - 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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous solution 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	Nivel 4	PA
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG (<i>goserelin acetate</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (<i>selumetinib sulfate/vitamin e tpgs</i>)	Nivel 4	PA; OCH
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (<i>binimetinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG (<i>ponatinib hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (<i>regorafenib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) (<i>alpelisib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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	
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - 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		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG (<i>repotrectinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG (<i>avapritinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (<i>bosutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (<i>bosutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (<i>zanubrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (<i>acalabrutinib maleate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (<i>vandetanib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (<i>tivozanib hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (<i>fruquintinib</i>)	Nivel 4	OCH
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (<i>axitinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>pirtobrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2) (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (<i>nintedanib esylate</i>)	Nivel 4	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (<i>ripretinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (<i>entrectinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (<i>entrectinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (<i>midostaurin</i>)	Nivel 4	PA; OCH
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG (<i>asciminib hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA; OCH
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (<i>capmatinib hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA; OCH

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (<i>nilotinib hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (<i>tepotinib hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (<i>pexidartinib hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor del Antígeno de Membrana Prostático Específico Radiomarcado - Medicamentos para el Cáncer		
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION 27 MCI/ML (1,000 MBQ/ML) (<i>lutetium lu-177 vipivotide tetraxetan</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Análogos de Somatostatina Radiomarcados - Medicamentos para el Cáncer		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MCI/ML (370 MBQ/ML) (<i>lutetium lu 177 dotatate</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0	OCH; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
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		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG (<i>pralsetinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG (<i>selpercatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG (<i>selpercatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i>	Nivel 4	PA
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	
<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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>ramucirumab</i>)	Nivel 4	PA
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	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mitomycin intravesical syringe 20 mg/40 ml (0.5 mg/ml), 40 mg/40 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 4	
<i>mitomycin</i> (Mutamycin Intravenous Recon Soln 20 Mg, 40 Mg, 5 Mg)	Nivel 4	
ZANOSAR INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM (<i>streptozocin</i>)	Nivel 4	
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
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML (<i>atezolizumab-hyaluronidase-tqjs</i>)	Nivel 4	PA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML) (<i>atezolizumab</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML (<i>nivolumab</i>)	Nivel 4	PA
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>tislelizumab-jsgr</i>)	Nivel 4	PA
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML (<i>retifanlimab-dlwr</i>)	Nivel 4	PA
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		
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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BLINCYTO INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MCG (<i>blinatumomab</i>)	Nivel 4	PA
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		
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML (<i>trastuzumab-hyaluronidase-oysk</i>)	Nivel 4	PA
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG (<i>trastuzumab</i>)	Nivel 4	PA
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-pkrb</i>)	Nivel 4	PA
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-anns</i>)	Nivel 4	PA
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>margetuximab-cmkb</i>)	Nivel 4	PA
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-dkst</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-dttb</i>)	Nivel 4	PA
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,200 MG-600MG- 30000 UNIT/15ML, 600 MG-600 MG- 20000 UNIT/10ML (<i>pertuzumab-trastuzumab-hyaluronidase-zzxf</i>)	Nivel 4	PA
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-qyyp</i>)	Nivel 4	PA
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	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 200 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution 10 mg/ml</i>	Nivel 4	
VORAXAZE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (<i>glucarpidase</i>)	Nivel 4	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
ULTILET ALCOHOL SWAB TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
WEBCOL TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
Antiséptico – Liberadres de Cloro - Antisépticos y Desinfectantes		
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (<i>hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluo/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 SINCITAL (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, DE SEXO FEMENINO, 59 AÑOS DE EDAD O MENOS Y NO TENER HISTORIAL DE AREXVY | \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, SURTIR 1 EN 365 DÍAS, 60 AÑOS DE EDAD O MÁS 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 alérgicos - Polen de Malez - 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
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		
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
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 1-17 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 1-17 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 1-17 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
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		
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML (<i>hep b virus,rcmb/diph,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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (<i>immune globulin,gamma(igg)/glycine/iga average 46 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (<i>immune globulin,gamma(igg)/proline/iga 0 to 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (<i>immune globulin,gamma(igg)/proline/iga 0 to 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
HYQVIA IG COMPONENT SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 30 GRAM/300 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (<i>immune globulin,gamm(igg)/glycine/iga greater than 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %) (<i>immune globulin,gamma(igg) human/hyaluronidase, human recomb</i>)	Nivel 4	PA
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 % (<i>immune globulin,gamm(igg)/maltose/iga greater than 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (<i>immune globulin,gamma(igg)-ifas human/glycine</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (<i>immune globulin,gamma (igg)/proline/iga 0 to 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (<i>immune globulin,gamma (igg)-klhw human</i>)	Nivel 4	PA
Inmunoglobulina - Hepatitis B - Agentes Biológicos		
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	
Inmunoglobulina- 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML, 15000 UNIT(3000 MCG)/13 ML, 2,500 UNIT (500 MCG)/2.2 ML, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML (<i>rho(d) immune globulin/maltose</i>)	Nivel 4	
Inmunoglobulina - 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		
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	
FLUMIST TRIVALENT 2024-2025 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (<i>influenza vaccine trivalent live 2024-2025 (2 yrs-49 yrs)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD DE LIMITA A 1 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO 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
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		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG 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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PALFORZIA LEVEL 11 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
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 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/h aemophilus 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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT (<i>typhoid vacc, live, attenuated</i>)	Nivel 3	
Vacuna Bacteriana - Cocos Gramnegativos - Vacunas		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML (<i>meningococ a,c,y,w-135,tt comp/n. mening b,fhbp rec comp/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 10-25 AÑOS
Vacuna Bacteriana - Cocos grampositivos - Vacunas		
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 fHbp 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		
COMIRNATY 2024-25 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML <i>(covid vaccine 2024-2025 (12 yrs up) (pfizer)/pf)</i>	\$0	EHB
MODERNA COVID 24-25(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML <i>(covid vaccine 2024-2025 (6 months-11 years)(moderna)/pf)</i>	\$0	EHB
NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML <i>(covid vaccine 2024-2025 (12 yrs up)/adjuvant-matrix/pf)</i>	\$0	EHB
PFIZER COVID 2024-25(5Y-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML <i>(covid vacc 2024-2025 (5-11 years) (pfizer)/pf)</i>	\$0	EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PFIZER COVID 2024-25(6MO-4Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 3 MCG/0.3 ML (<i>covid vacc 2024-2025 (6 months-4 years old) (pfizer)/pf</i>)	\$0	EHB
SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (<i>covid vaccine 2024-2025 (12 yrs up) (moderna)/pf</i>)	\$0	EHB
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 - Influenza A y B - Vacunas		
AFLURIA TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine trivalent split 2024-25 (36 mos up)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
AFLURIA TRIV 2024-2025 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine trivalent 2024-25 (6 mos and older)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FLUAD TRIV 2024-25(65Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza vaccine trivalent 2024-2025 (65 yr up)/mf59c.1/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
FLUARIX TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine tvs 2024-2025(6 months and older)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUBLOK TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine tv 2024-25(18 yrs and older)rcmb/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>flu vaccine tri 2024-2025(6 month and older)cell derived/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>flu vaccine triv 2024-2025(6 month and older)cell derived</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLULAVAL TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine tvs 2024-2025(6 months and older)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUMIST TRIVALENT 2024-2025 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (<i>influenza vaccine trivalent live 2024-2025 (2 yrs-49 yrs)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV 24-25 INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine trival split 2024-2025(65 yr up)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
FLUZONE QUAD SOUTH HEM2024(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vacc quad 2024 south hem (6 mos and up)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUZONE QUAD SOUTHERN HEM 2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vacc quad 2024 south hem (6 months and up)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUZONE TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine tvs 2024-2025(6 months and older)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUZONE TRIV 2024-2025 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine trivalent 2024-25 (6 mos and older)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 60 MG (<i>sotatercept-csrk</i>)	Nivel 4	PA
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	ST; QL (1200 ML por 30 días)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML (<i>lisinopril</i>)	Nivel 3	ST; QL (1200 ML por 30 días)
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<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	

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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 (<i>sacubitril/valsartan</i>)	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG (<i>sacubitril/valsartan</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG (<i>sacubitril/valsartan</i>)	Nivel 2	QL (8 EA por 1 día)
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Nivel 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Nivel 1	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 1	
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	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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</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	
<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> (Tiadyt 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	
<i>nimodipine oral solution 60 mg/20 ml</i>	Nivel 4	PA
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML (<i>nimodipine</i>)	Nivel 4	PA

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
NEFFY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/SPRAY (0.1 ML) (<i>epinephrine</i>)	Nivel 3	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		
<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	

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
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

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

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

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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		
Antipsicótico - Combinaciones de Agonistas/Antagonistas Muscarínicos		
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG (<i>xanomeline tartrate/trospium chloride</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG (<i>xanomeline tartrate/trospium chloride</i>)	Nivel 3	ST
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		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - 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	
Agente Ansiolítico - Tipo Dicarbamato - Medicamentos para la Ansiedad		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agente Ansiolítico - No Benzodiacepina - Medicamentos para la Ansiedad		
<i>buspirone 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 2	QL (680 ML por 28 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (<i>perampanel</i>)	Nivel 2	QL (30 EA por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (<i>perampanel</i>)	Nivel 2	QL (120 EA por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (<i>perampanel</i>)	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
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	
<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
<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	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - 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
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>vigabatrin</i>)	Nivel 4	PA
<i>vigabatrin</i> (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 4	PA
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	
Anticonvulsivante - Derivados del Iminostilbeno - 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
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	Nivel 3	QL (2 EA por 1 día)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
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	
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 1	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 1	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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 por 1 día)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<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 Feniltriazina - 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), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
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	
Antidepresivo - Combinaciones de Antagonistas del Receptor NMDA y NDRI - Medicamentos para la Depresión		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG (<i>dextromethorphan hbr/bupropion hcl</i>)	Nivel 3	ST
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)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>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	QL (1 EA por 1 día)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (<i>levomilnacipran hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (<i>milnacipran hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	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	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 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
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-D 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	
Antiparkinsonianos - Combinaciones de Inhibidores de Dopaminérg y Dopa-d Descarboxilasa Periférica - Medicamentos para Tratar el Parkinson		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 35-140 MG (<i>carbidopa/levodopa</i>)	Nivel 3	ST; QL (4 EA por 1 día)
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 52.5-210 MG (<i>carbidopa/levodopa</i>)	Nivel 3	ST; QL (10 EA por 1 día)
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 70-280 MG (<i>carbidopa/levodopa</i>)	Nivel 3	ST; QL (7 EA por 1 día)
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 87.5-350 MG (<i>carbidopa/levodopa</i>)	Nivel 3	ST; QL (6 EA por 1 día)
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML (<i>carbidopa/levodopa</i>)	Nivel 4	PA
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG (<i>carbidopa/levodopa</i>)	Nivel 3	ST; QL (10 EA por 1 día)
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		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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	
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>safinamide mesylate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
ZELAPAR ORAL TABLET, DISINTEGRATING 1.25 MG (<i>selegiline hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)

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

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

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

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - 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	
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/samidorphan 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-HT2A (SSIA) - 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
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 días)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 4	QL (3.2 ML por 42 días)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 4	QL (1 EA por 26 días)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 4	QL (1 EA por 26 días)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML (<i>aripiprazole lauroxil, submicronized</i>)	Nivel 4	
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	Nivel 4	QL (3.9 ML por 14 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	Nivel 4	QL (1.6 ML por 14 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
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/samidorphan 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	
ONYDA XR ORAL SUSPENSION,EXTEND RELEASE 24HR 0.1 MG/ML (<i>clonidine hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (4 ML por 1 día); Edad (Mín 6 Años)
Déficit de Atención-Hiperactividad. Trastorno por Déficit de Atención (TDAH)(ADHD) - Agonista del Receptor alfa-2 - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
<i>dexmethylphenidate oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	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)
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)
lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg	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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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)
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 20 MG, 40 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; 180mL BOTELLA; QL (360 ML por 30 días)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; 60mL BOTELLA; QL (60 ML por 30 días)
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día);
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (<i>dextroamphetamine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día); Age (Mín 6 Años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST; QL (90 EA por 30 días)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg	Nivel 1	
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	Nivel 1	
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg	Nivel 1	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	Nivel 1	QL (480 ML por 30 días)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	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/ML)	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 2 mg/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
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (<i>midazolam</i>)	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (<i>diazepam</i>)	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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> (Epilex Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 3	
<i>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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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		
<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/samidorphan malate</i>)	Nivel 3	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>risperidone oral 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		
<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, DISINTEGR 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)

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

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

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

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA por 30 días)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (36 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 5 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML por 30 días)
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<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 ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
INGREZZA 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 ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
INGREZZA 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 - Discinesia Tardía - Medicamentos para el Sistema Nervioso		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (<i>valbenazine tosylate</i>)	Nivel 4	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	Nivel 4	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	Nivel 4	PA
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
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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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-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 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
<i>lofexidine oral tablet 0.18 mg</i>	Nivel 1	PA
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)

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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, ENSAYO DE PARCHE TRANSDÉRMICO DE NICOTINA Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (10 ML por 2 días)
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (<i>nicotine polacrilex</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 24 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
QUIT 2 BUCCAL LOZENGE 2 MG (<i>nicotine polacrilex</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 20 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	\$0	CT; EHB
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (<i>levonorgestrel</i>)	\$0	CT; EHB
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG (<i>levonorgestrel</i>)	\$0	CT; EHB
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	\$0	CT; EHB
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
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i> (Ashlyna Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol</i> (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) (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i> (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</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
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.estradiol 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 (Pimtreea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BEYAZ ORAL TABLET 3-0.02-0.451 MG (24) (4) (<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i>)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Charlotte 24 Fe Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Chateal (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</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
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0	CT; EHB
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Estarylla Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
FEMLYV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1 MG- 20 MCG (<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Gem mily Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Iclevia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	\$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 (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
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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (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
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 Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 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 (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
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i> (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	\$0	CT; EHB
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Vylibra Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Wymzya Fe Oral Tablet,Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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		
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	\$0	CT; EHB
NATAZIA ORAL TABLET 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG (<i>estradiol valerate/dienogest</i>)	\$0	CT; EHB
QUARTETTE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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-ethinyl estradiol (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (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 (norethindrone-ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0	CT; EHB
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	\$0	CT; EHB
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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i> (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i> (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivos - Intravaginales, Sistémicos - Combinación de Estrógenos y Progestinas - Píldoras Anticonceptivas		
ANNOVERA VAGINAL RING 0.15-0.013 MG/24 HOUR (<i>segesterone acetate/ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0	CT; EHB
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	\$0	CT; EHB
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24 HR (<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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 para la Dermatitis, MAb Antagonista del Receptor Alfa de IL-31 Sistémico		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 30 MG (<i>nemolizumab-ilto</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Crecimiento del Cabello - Inhibidor de Quinasa		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (<i>ritlecitinib tosylate</i>)	Nivel 4	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (<i>baricitinib</i>)	Nivel 4	PA
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		
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 3	ST
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>dapsone topical gel 5 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Nivel 1	ST
<i>erythromycin base in ethanol</i> (Ery Pads Topical Swab 2 %)	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 2	
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % (<i>sulfacetamide sodium/niacinamide</i>)	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Nivel 1	
Terapia del Acné Tópica – Otras Combinaciones Antiinfecciosas - Medicamentos para la Piel		
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (<i>dapsone/spironolactone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (<i>dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (<i>dapsone/spironolactone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (<i>dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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-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 %, 9-4.5 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Nivel 1	QL (1419 GM por 1 SURTIDO)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 8-4 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML por 1 SURTIDO)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CABTREGO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (<i>adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate</i>)	Nivel 3	PA
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (<i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DEOXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (<i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (<i>tretinoin/dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (<i>tretinoin/dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
INZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIADEMVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
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	

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

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 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
Agentes para la Dermatitis Sistémica - Inhibidores de la Interleucina-13 MAb - Medicamentos para la Piel		
ADBRY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML (<i>tralokinumab-ldrm</i>)	Nivel 4	PA
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (<i>tralokinumab-ldrm</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EBGLYSS PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 250 MG/2 ML (<i>lebrikizumab-ibkz</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
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.15 % (<i>roflumilast</i>)	Nivel 3	PA
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 0.5 %</i>	Nivel 1	
<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>sofipironium bromide</i>)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Alilaminas Antifúngicas - Medicamentos para la Piel		
<i>naftifine topical cream 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>naftifine topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM por 1 SURTIDO)
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 shampoo 1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML por 1 SURTIDO)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML por 1 SURTIDO)
HAXDRAX TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (<i>ciclopirox olamine/salicylic acid</i>)	Nivel 3	
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 0.05 %</i>	Nivel 1	Edad (Máx 39 Años)
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Edad (Máx 39 Años)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (<i>tazarotene</i>)	Nivel 3	Edad (Máx 39 Años)
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % (<i>tapinarof</i>)	Nivel 3	PA
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (<i>anthralin micronized</i>)	Nivel 3	ST
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % (<i>roflumilast</i>)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Antipsoriáticos Sistémicos, Inhibidor de la Fosfodiesterasa 4 - Medicamentos para la Piel		
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (<i>apremilast</i>)	Nivel 4	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (<i>apremilast</i>)	Nivel 4	PA
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % (<i>sulfacetamide sodium</i>)	Nivel 3	ST
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %, 9.8 %</i>	Nivel 1	
TERSIFOAM 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	
SULFAMYLLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (<i>mafenide acetate</i>)	Nivel 3	
SULFAMYLLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (<i>mafenide acetate</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 - Inhibidores de Calcineurina - Medicamentos para la Piel		
NUJO TOPICAL SOLUTION 0.1 % (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 3	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (<i>hydroquinone/tretinoin</i>)	Nivel 3	
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %- SPF 15 (<i>hydroquinone/sunscreens oxybenzone/octinoxate</i>)	Nivel 3	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % (<i>hydroquinone/ascorbic acid</i>)	Nivel 3	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % (<i>hydroquinone/ascorbic acid/vit e acetate (d-alpha tocoph)</i>)	Nivel 3	
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/hypo chlorous 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/shear tree</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Emolientes - 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>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Nivel 1	
KERASTAT TOPICAL CREAM (<i>keratin</i>)	Nivel 3	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (<i>keratin</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>desoximetasone topical spray,non-aerosol 0.25 %</i>	Nivel 1	ST
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>flurandrenolide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	ST
<i>flurandrenolide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>flurandrenolide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	ST; QL (180 GM por 30 días)
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>halcinonide topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % (<i>halcinonide</i>)	Nivel 3	ST

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % (<i>halcinonide</i>)	Nivel 3	ST
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	ST; QL (236 ML por 30 días)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no. 1)	Nivel 2	
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (betamethasone dipropionate)	Nivel 3	ST
TEXACORT TOPICAL SOLUTION 2.5 % (hydrocortisone)	Nivel 2	ST
triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram	Nivel 1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %	Nivel 1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %	Nivel 1	QL (454 GM por 30 días)
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	Nivel 1	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	Nivel 1	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.1 %)	Nivel 1	
triamcinolone acetonide (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 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Nivel 3	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides y Emolientes - Medicamentos para la Piel		
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone acetate/aloe vera)	Nivel 3	
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Nivel 3	QL (375 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
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	
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)

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Nivel 1	ST; QL (0.5 GM por 1 día)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (0.5 ML por 1 día)
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical cream,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Nivel 1	
<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	

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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		
<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/polyethylen e glycol</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Protectores - 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
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	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 3	ST
<i>brimonidine topical gel with pump 0.33 %</i>	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (<i>sulfacetamide sodium/sulfur/urea</i>)	Nivel 1	
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (<i>brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % (<i>brimonidine tartrate</i>)	Nivel 3	
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % (<i>metronidazole/mupirocin</i>)	Nivel 3	
<i>ivermectin topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole</i> (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML por 1 SURTIDO)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - 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(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride</i>)	Nivel 3	
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> (Dermacinx 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM por 30 días)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine</i> (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>lidocaine</i> (Lidocan Iv Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>lidocaine</i> (Lidocan V Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3.25 % (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 3	
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (<i>lidocaine</i>)	Nivel 3	
LIDTOPIC TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 7.5 % (<i>lidocaine</i>)	Nivel 3	
NUMBONEX TOPICAL LOTION 2.75 % (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 3	
NYNUTEY TOPICAL CREAM 23-7 % (<i>lidocaine/tetracaine</i>)	Nivel 3	
REGENECARE TOPICAL GEL 2 % (<i>lidocaine hcl/collagen</i>)	Nivel 3	
TRANZAREL TOPICAL GEL 4 % (<i>lidocaine</i>)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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</i> (Tridacaine li Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>lidocaine</i> (Tridacaine lii 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	
Dermatológico - Agentes Únicos Irritantes y Contraindicantes - 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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, 4 X 4 X 2 CM, 5 X 5 X 2 CM, 7 X 5 X 2 CM (<i>extracellular matrix (ecm), porcine derived</i>)	Nivel 3	
MIRODERM FENESTRATED PLUS TOPICAL SHEET 3 X 3 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (<i>extracellular matrix (ecm),porcine derived,fenestrated</i>)	Nivel 3	
MIRODERM FENESTRATED TOPICAL SHEET 2 X 2 CM, 2 X 3 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (<i>extracellular matrix (ecm),porcine derived,fenestrated</i>)	Nivel 3	
MIROTRACT TOPICAL SHEET 3 MM X 5 CM, 3 MM X 9 CM, 5 MM X 5 CM, 5 MM X 9 CM (<i>extracellular matrix (ecm), porcine derived</i>)	Nivel 3	
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (<i>hypochlorous acid/sodhypochlor/sodchlor/sodmagflu/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		
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 % (<i>becaplermin</i>)	Nivel 2	DD
Otras Combinaciones de Cuidados de Heridas - Medicamentos para la Piel		
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % (<i>birch bark extract</i>)	Nivel 4	PA
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
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 meg-diatrizoat sod oral solution 66-10 %</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>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	
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	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium 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)
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		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Aminoácidos, Ingrediente Único, Oral (No Inyectable) - Medicamentos Nutricionales		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (<i>glutamine</i>)	Nivel 4	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 4	PA
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		
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	

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML (sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution)	Nivel 3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM (patiromer calcium sorbitex)	Nivel 3	PA
Soluciones de Irrigación - Medicamentos Nutricionales		
lactated ringers irrigation solution	Nivel 3	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 3	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 3	
ringer's irrigation solution	Nivel 1	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	Nivel 1	
TIS-U-SOL PENTALYTE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 800-40-20-8.75-6.25 MG/100 ML (sodium chloride/pot chloride/mag sul/sod phos,db/pot phos,mb)	Nivel 3	
water for irrigation, sterile irrigation solution	Nivel 1	
Minerales y Electrolitos - Yodo - Medicamentos Nutricionales		
potassium iodide oral solution 1 gram/ml	Nivel 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (potassium iodide)	Nivel 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Nivel 1	
Minerales y Electrolitos - Hierro - Medicamentos Nutricionales		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 3	ST; QL (12 EA por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG IRON/2 ML, 50 MG IRON/ML (<i>ferric carboxymaltose</i>)	Nivel 4	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON (<i>ferric pyrophosphate citrate</i>)	Nivel 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML (<i>ferric pyrophosphate citrate</i>)	Nivel 3	
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	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1	
Multivitaminas - 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
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
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</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	
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 90 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (<i>prenatal vit no.72/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
CITRANATAL ASSURE ORAL COMBO PACK 35 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (<i>prenatal vit no.73/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (<i>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	
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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
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	
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))	Nivel 1	
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
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)		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (<i>fezolinetant</i>)	Nivel 3	
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
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML (<i>corticotropin</i>)	Nivel 4	PA
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (<i>corticotropin</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para Tratar la Hipoglucemia (Hiperglucemiantes) - Medicamentos para la Diabetes		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION (<i>glucagon</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (4 EA por 1 SURTIDO)
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Nivel 1	DD

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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>epplotersen 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		
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION 750 MG/3 ML (250 MG/ML) (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 3	
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG, 237 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 3	PA
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 3	PA
METHITEST ORAL TABLET 10 MG (<i>methyltestosterone</i>)	Nivel 3	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION (<i>testosterone</i>)	Nivel 3	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation, 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram), 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	Nivel 1	PA
TLANDO ORAL CAPSULE 112.5 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 3	PA
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML (<i>testosterone enanthate</i>)	Nivel 3	PA
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)
Antihiperglucemiantes - 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
Antihiperglucemiante - Tipo Análogo de Amilina - 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
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		
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)
Antihiperoglucemiantes - 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML (<i>exenatide</i>)	Nivel 2	PA; DD; QL (2.4 ML por 30 días)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML (<i>exenatide</i>)	Nivel 2	PA; DD; QL (1.2 ML por 30 días)
<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
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (<i>ertugliflozin pidolate/metformin hcl</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG (<i>dapagliflozin propanediol/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (<i>dapagliflozin propanediol/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
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)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (<i>canagliflozin</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (30 EA por 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (<i>empagliflozin</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG (<i>ertugliflozin pidolate</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
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
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
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)
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) (<i>insulin degludec/liraglutide</i>)	Nivel 2	DD; QL (15 ML por 28 días)
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		
EVENTY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2) (<i>romosozumab-aqqg</i>)	Nivel 4	PA
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) (<i>abaloparatide</i>)	Nivel 4	PA
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)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 7 días)
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml, 5 mg/100 ml</i>	Nivel 1	
<i>zoledronic ac-mannitol-0.9nacl intravenous piggyback 4 mg/100 ml</i>	Nivel 1	
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	
Estrógeno-Andrógeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (<i>estrogens, esterified/methyltestosterone</i>)	Nivel 1	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (<i>estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate</i>)	Nivel 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (<i>estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate</i>)	Nivel 2	
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)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (<i>estradiol</i>)	Nivel 3	ST; QL (16.2 ML por 30 días)
<i>estradiol</i> (Lyllana Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA por 7 días)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (<i>estrogens, esterified</i>)	Nivel 3	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR (<i>estradiol</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 7 días)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (<i>estrogens, conjugated</i>)	Nivel 2	
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		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (<i>menotropins</i>)	Nivel 4	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 suspension 22.75 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Nivel 4	PA
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 3	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PREDNISONA INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (<i>prednisone</i>)	Nivel 2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML (<i>hydrocortisone sodium succinate/pf</i>)	Nivel 3	
SOLU-CORTEF INJECTION RECON SOLN 100 MG (<i>hydrocortisone sodium succinate</i>)	Nivel 3	
TARPEYO ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 4 MG (<i>budesonide</i>)	Nivel 4	PA
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (<i>triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML (<i>triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
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 FLEXPPO 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 2	DD; QL (24 ML por 28 días)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) (<i>insulin regular, human in 0.9 % sodium chloride</i>)	Nivel 3	DD
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin glargine, human recombinant analog</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
LEVEMIR 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
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)

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Nivel 4	
<i>ganirelix acetate</i> (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Nivel 4	ST
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 4	ST
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)
Hormonas Paratiroides y Análogos - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
YORVIPATH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 294 MCG/0.98 ML, 420 MCG/1.4 ML (<i>palopegteriparatide</i>)	Nivel 4	PA
Progestinas - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>norethindrone acetate</i> (Gallifrey Oral Tablet 5 Mg)	Nivel 1	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
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, 60 mg/0.2 ml, 90 mg/0.3 ml</i>	Nivel 4	PA
MYCAPSSA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG (<i>octreotide acetate</i>)	Nivel 4	PA

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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
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, 13 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		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Tratar la Enfermedad CHAPLE		
VEOPOZ INJECTION SOLUTION 200 MG/ML (<i>pozelimab-bbfg</i>)	Nivel 4	PA
Trasplante de Microbiota Fecal (FMT)		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antieméticos - Anticolinérgicos - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	Nivel 1	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (<i>cholic acid</i>)	Nivel 4	PA
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</i> (Generlac 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PERTZYE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 16,000-57,500- 60,500 UNIT, 24,000-86,250- 90,750 UNIT, 4,000-14,375- 15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 3	
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150-39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 3	
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 2	
Enzimas Digestivas - Medicamentos para el Estómago		
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML (<i>sacrosidase</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Solubilizantes (Litolisis) 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Reductor de la Secreción de Ácido Gástrico - Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Antiespasmódicos GI y Opioides - Medicamentos para Calambres Estomacales		
<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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 para el SII (IBS) - Agentes Activadores de los Canales de cloruro Gastrointestinal - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
<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) - 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
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML (<i>guselkumab</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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	
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) 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 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, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-abda</i>)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para el Síndrome del Intestino Irritable (SII) (IBS) - 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>alosetron 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
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, PRUEBA DE SUTAB, CLENPIQ O PREPARACIÓN INTESTINAL GENÉRICA 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (<i>peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium</i>)	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 2, SURTIR 2 EN 365 DÍAS, PRUEBA DE SUTAB, CLENPIQ O PREPARACIÓN INTESTINAL GENÉRICA Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (2 EA por 1 SURTIDO)
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM (<i>sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 24, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (24 EA por 1 SURTIDO)
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (<i>teduglutide</i>)	Nivel 4	PA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (<i>teduglutide</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para el Síndrome del Intestino Corto (SIC) - Medicamentos para el Estómago		
<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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sevelamer carbonate oral 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		
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		

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH 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>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>trospium 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, 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)
Gota e Hiperuricemia – Combinaciones de Antimitóticos-Uricosúricos - Medicamentos para la Gota		
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	Nivel 1	
Terapia de Hiperuricemia - Tipo Enzima Urato-Oxidasa - Medicamentos para la Gota		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
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
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (<i>vadadustat</i>)	Nivel 3	PA
PNH – Inhibidores del Factor B		
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (<i>iptacopan hcl</i>)	Nivel 4	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		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (<i>iptacopan hcl</i>)	Nivel 4	PA
PIASKY INJECTION SOLUTION 340 MG/2 ML (<i>crovalimab-akkz</i>)	Nivel 4	PA
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/30 ML (<i>eculizumab</i>)	Nivel 4	PA
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML (<i>ravulizumab-cwvz</i>)	Nivel 4	PA
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (<i>danicopan</i>)	Nivel 4	PA
Anticoagulantes - A Base de Citrato - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<i>anticoag citrate phos dextrose solution 2.63-2.22 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium citrate 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	
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>fostamatinib 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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor</i>)	Nivel 4	PA
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor, recombinant</i>)	Nivel 4	PA
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)
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	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 (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	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 (epoetin alfa)	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 (epoetin alfa)	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 (epoetin alfa-epbx)	Nivel 4	PA
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 (human prothrombin complex concentrate (pcc)-lans)	Nivel 4	
KCENTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (800-1240 UNIT), 500 UNIT (400-620 UNIT) (human prothrombin complex concentrate (pcc), 4-factor)	Nivel 4	
Preparaciones de Factor IX - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ALPHANINE SD INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor ix)	Nivel 4	
ALPROLIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (factor ix recombinant, fc fusion protein)	Nivel 4	
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor ix human recombinant)	Nivel 4	
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor ix recombinant, albumin fusion protein)	Nivel 4	
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor ix human recombinant, threonine 148)	Nivel 4	
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor ix complex, prothrombin cplx conc(pcc) no.4, 3-factor)	Nivel 4	
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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ELOCTATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 5,000 UNIT, 500 UNIT, 6,000 UNIT, 750 UNIT (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-exei)	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	
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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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>eflapeggrastim-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
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	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
PIASKY INJECTION SOLUTION 340 MG/2 ML (<i>crovalimab-akkz</i>)	Nivel 4	PA
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/30 ML (<i>eculizumab</i>)	Nivel 4	PA
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML (<i>ravulizumab-cwvz</i>)	Nivel 4	PA
Preparaciones de Proteína C - Medicamentos para la Sangre		
CEPROTIN (BLUE BAR) INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (<i>protein c, human</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
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
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 4	PA
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 3	ST
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 3	QL (2 EA por 1 día)
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 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
Agonista del Receptor Activado por Proliferador de Peroxisomas (PPAR)		
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG (<i>elafibranor</i>)	Nivel 4	PA
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG (<i>seladelpar lysine</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 19 MG/ML, 9.5 MG/ML (<i>maralixibat chloride</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Inmunosupresores - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
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	
ENVARUS 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/ML)	Nivel 1	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (<i>voclosporin</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
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	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>tacrolimus oral capsule, extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST
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	
<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 – Inhibidor de Interferon, Anticuerpo Monoclonal – Medicamentos para Trasplantes de Órganos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 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)		
QALSODY INTRATHECAL SOLUTION 100 MG/15 ML (6.7 MG/ML) (<i>tofersen</i>)	Nivel 4	PA
Distrofia Muscular de Duchenne – Inhibidor de Histona Deacetilasa (HDAC)		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DUVYZAT ORAL SUSPENSION 8.86 MG/ML (<i>givinostat hydrochloride</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		
<i>edaravone intravenous solution 60 mg/100 ml</i>	Nivel 4	PA
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML (<i>edaravone</i>)	Nivel 4	PA
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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>eteplirsen</i>)	Nivel 4	PA
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>viltolarsen</i>)	Nivel 4	PA
VYONDYS-53 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>golodirsen</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (<i>hyaluronate sodium, stabilized</i>)	Nivel 3	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (<i>hylan g-f 20</i>)	Nivel 2	PA
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML (<i>hylan g-f 20</i>)	Nivel 2	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tizanidine oral 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)
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		
EVRYSDI 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	

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 N TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CHOICEDM CLARUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE PRO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY PLUS II TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY STEP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYGLUCO TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G2 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G3 TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EZ SMART PLUS TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EZ SMART TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D15G STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D20 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA G20 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 V12 GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V20 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V30A STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORACARE GD20 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE INSULINX STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTIUM EZ STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTIUM TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Condones Femeninos - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms, female</i>)	\$0	CT; EHB
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CAREONE ULTRA THIN LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (<i>diabetic supplies, miscell</i>)	Nivel 3	PA; DD
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COAGUCHEK LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COLOR LANCETS 21 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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)

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FINGERSTIX LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (<i>flash glucose scanning reader</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 2 READER (<i>flash glucose scanning reader</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (<i>flash glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 3	PA; DD
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
<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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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

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

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

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

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Nivel 2	DD
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
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Nivel 2	DD
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (<i>insulin pump controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
Suministros Médicos y DME - Condones 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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 MICROTHIN CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, non-lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TROJAN BARESKIN DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TROJAN ULTRA THIN DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUE COVER CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SUSVIMO IMPLANT AND INS. TOOL INTRAVITREAL IMPLANT (<i>ocular implant with insertion tool for ranibizumab</i>)	Nivel 4	
TANDEM MOBI CARTRIDGE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
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	
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" (<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	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2", 30 X 1/2 " (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD LUER-LOK 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 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	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 3/8" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE 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" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 ml)	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" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 ml)	Nivel 3	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 ml)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 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 SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (<i>syringe with needle and cannula, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (<i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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	
CAREPOINT LUER 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
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	
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	
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" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,10 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (<i>syringe, safety with needle, 3 ml</i>)	Nivel 3	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (<i>syringe with cannula, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (<i>syringe disposable irrigation</i>)	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA NEEDLE 18 GAUGE X 1" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 1 ML 18 GAUGE X 1" (<i>syringe with cannula, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 3 ML 18 X 1" (<i>syringe with cannula, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (<i>syringe, disposable, 30 ml</i>)	Nivel 3	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (<i>syringe, disposable, 30 ml</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (<i>syringe, disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (<i>syring w-needl 0.5 ml,kit-tray</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (<i>syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ASPIRATOR NEEDLE 18 X 3 " (<i>needles, filter</i>)	Nivel 3	
MONOJECT FILTER NEEDLE NEEDLE 5 MICRON 20 X 1 1/2" (<i>needles, filter</i>)	Nivel 3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 14 GAUGE X 1 1/2", 14 GAUGE X 1", 14 GAUGE X 2", 15 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 16 GAUGE X 3/4", 16 GAUGE X 5/8", 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 2", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1 1/4", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 25 X 2 ", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (<i>syringe, safety with needle, 3 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (<i>syringe with needle, disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (<i>syringe, safety with needle, 12 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (<i>syringe, disposable, 140 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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" (needles, disposable)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1 1/2" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,10 ml</i>)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,5 ml</i>)	Nivel 3	
<i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 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
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Nivel 3	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (<i>syringe, disposable</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 SYRINGE SYRINGE 30 ML <i>(syringe, disposable, 30 ml)</i>	Nivel 3	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML <i>(syringe, disposable irrigation, 70 ml)</i>	Nivel 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML <i>(syringe, disposable, 1 ml)</i>	Nivel 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" <i>(syringe with needle,disposable, 1 ml)</i>	Nivel 3	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
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 MECHANICAL VENT SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AEROCHAMBER 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	
BREATHERITE MDI SPACER 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
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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MICROSPACER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (<i>spirometers and accessories</i>)	Nivel 3	
POCKET CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
PRIMEAIRE SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
PROCHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (<i>spirometers and accessories</i>)	Nivel 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (<i>spirometers and accessories</i>)	Nivel 3	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
Suministros Médicos y DME - Dispositivos para Administrar Insulina Subcutánea - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
CEQR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (<i>subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable</i>)	Nivel 3	PA; DD
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cart,automated dosing,bt,g6/g7 with controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge,subcut automated dosing,bt,g6/g7</i>)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, radio freq</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, continuous infusion, bt and controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, bluetooth</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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
TANDEM MOBI SYSTEM (<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1"- 2.5 %-2.5 % (<i>blood collection set/lidocaine/prilocaine</i>)	Nivel 3	
Suministros Médicos y DME-Suministros de Control de Glucosa y Administración de Insulina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MV SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROTRACH PLUS SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROVENT PLUS SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (<i>syringe, disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
AQINJECT SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE LANCE 25 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
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (<i>syring w-needl 0.5 ml,kit-tray</i>)	Nivel 3	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (<i>pen needle, diabetic disposable, safety</i>)	Nivel 2	DD
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (<i>syringe with cannula, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (<i>syringe, disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2", 30 X 1/2 " (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (<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
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE 5-MICRON NOKO NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" (<i>needles, filter</i>)	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (<i>needles, filter</i>)	Nivel 3	
BD 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
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 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (<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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (<i>syringe, disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle, disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (<i>blade lancet, safety</i>)	Nivel 2	DD
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD NOKOR ADMIX NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 3/8" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD REGULAR BEVEL NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 5/8" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SHORT BEVEL NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD SHORT BEVEL THIN WALL NEEDLE 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (<i>syringe with needle and cannula, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (<i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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" (<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
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle, disposable, insulin 1 ml</i>)	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle, insulin, 0.5 ml</i>)	Nivel 2	DD
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (<i>lancets with blood glucose test strips</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 ", 22 x 1 1/2 ", 23 x 1 "</i>	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (<i>subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable</i>)	Nivel 3	PA; DD
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (<i>diabetic supplies, miscell</i>)	Nivel 3	PA; DD
CHEK-STIX CONTROL STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 10 MD STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 10/SG STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 2 GP STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 50B STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 7 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 9 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHOICEDM CLARUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CLEVER CHOICE CHAMBER-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
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (<i>syringe disposable irrigation</i>)	Nivel 3	
DEXCOM G6 RECEIVER (<i>blood-glucose meter, continuous</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 90 días)
DEXCOM G7 RECEIVER (<i>blood-glucose meter, continuous</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DIASTIX STRIP (<i>urine glucose test strip</i>)	Nivel 3	DD
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe disposable irrig, 60 ml</i>)	Nivel 3	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
DUREX AIR CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (<i>condoms, non-latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY PLUS II TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY STEP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 3/4", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1/2", 28 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 30 X 1/2 ", 31 GAUGE X 5/16" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,10 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (<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" (<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	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH 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 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" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH 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
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 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 STR STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
GM100 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 3	PA; DD
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
HEMA-COMBISTIX STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
<i>huber safety needles (disp.) needle 22 x 3/4 "</i>	Nivel 3	
HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 26 GAUGE X 5/8" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
INFINITY TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i>)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i>)	Nivel 2	DD
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 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (<i>syringe, safety with needle, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe, safety with needle, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (<i>syringe, safety with needle, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICROLET LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MICROSPACER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
MINIMED 780G INSULIN PUMP (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (<i>syringe, disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, enfit 1 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, enfit 3 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 35 ML (<i>syringe, enfit 35 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, enfit 6 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, enfit 60 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
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	

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (<i>syringe, safety with needle, 3 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (<i>syringe with needle, disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (<i>syringe, safety with needle, 12 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (<i>syringe, disposable, 140 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MULTISTIX 9 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MYGLUCOHEALTH STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
needle (disp) 16 g needle 16 gauge x 1"	Nivel 3	
needle (disp) 18 g needle 18 gauge x 1"	Nivel 3	
needle (disp) 19 g needle 19 gauge x 1 1/2"	Nivel 3	
needle (disp) 23 gauge needle 23 gauge x 1"	Nivel 3	
needles, huber disposable needle 22 x 1 "	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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cart,automated dosing,bt,g6/g7 with controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge,subcut automated dosing,bt,g6/g7</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,radio freq</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge,continuous infusion,bt and controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ADULT MASK-LARGE DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
OPTIUM EZ STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTIUM TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTUMRX STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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
PISTON SYRINGE WITH ENFIT SYRINGE 60 ML (<i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
POCKET CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1/2" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION PCX TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
PROCHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PRODIGY NO CODING STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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)
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELION ULTIMA STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
REVEAL TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (<i>syringe, safety needle 10 ml and self-contained disposal unit</i>)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, safety 3 ml, self-contained disposal unit</i>)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe 3 ml with safety needle, self-contained disposal unit</i>)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (<i>syringe, safety 5 ml, self-contained disposal unit</i>)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (<i>syringe, safety needle 5 ml and self-contained disposal unit</i>)	Nivel 3	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
<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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SURE-TOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1 1/2" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,10 ml</i>)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,5 ml</i>)	Nivel 3	
SUSVIMO IMPLANT AND INS. TOOL INTRAVITREAL IMPLANT (<i>ocular implant with insertion tool for ranibizumab</i>)	Nivel 4	
<i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Nivel 3	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (<i>syringe, disposable</i>)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI CARTRIDGE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TANDEM MOBI SYSTEM (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TD GOLD TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TELCARE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (<i>lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze</i>)	Nivel 2	DD
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (<i>syringe, disposable, 30 ml</i>)	Nivel 3	
TEST N'GO TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
THIN LANCETS 26 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (<i>spirometers and accessories</i>)	Nivel 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (<i>spirometers and accessories</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (<i>syringe, disposable irrigation, 70 ml</i>)	Nivel 3	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TROJAN BARESKIN DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TROJAN ULTRA THIN DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TRUE COVER CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUEPLUS KETONE STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUETRACK TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, non-lubricated</i>)	\$0	CT; EHB

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML (<i>vestronidase alfa-vj bk</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-ivlr</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		
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>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
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (<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
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
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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		
PALYNZIQU 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	
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Nivel 1	
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	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM (<i>sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Producto Periodontal - Inhibidores de Colagenasa Tipo Tetraciclina - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 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 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>diroxime 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>figolimod 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		
XDEMVY OPHTHALMIC (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) OPHTHALMIC (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
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (<i>perfluorohexyloctane/pf</i>)	Nivel 2	
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
VABYSMO INTRAVITREAL SYRINGE 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	
MYDCOMBI OPHTHALMIC (EYE) CARTRIDGE 2.5-1 % (<i>phenylephrine hcl/tropicamide</i>)	Nivel 3	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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	
<i>brimonidine-dorzolamide ophthalmic (eye) drops 0.1-2 %</i>	Nivel 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % (<i>brinzolamide/brimonidine tartrate</i>)	Nivel 2	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin b/hydrocortisone (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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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-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	
Oftálmico - Antibiótico - Vancomicina y Derivados - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1-2.5 %, 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl ophthalmic (eye) drops 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 30 días)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 30 días)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 1	QL (3 ML por 30 días)
Oftálmicos - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>clobetasol ophthalmic (eye) drops,suspension 0.05 %</i>	Nivel 1	ST; QL (3.5 ML por 14 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (15 ML por 14 días)
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 3	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 14 días)
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 3	PA
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (<i>fluorometholone acetate</i>)	Nivel 3	ST; QL (15 ML por 14 días)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 14 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	QL (10 GM por 14 días)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (10 GM por 14 días)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 14 días)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 3	ST; QL (25 ML por 14 días)
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT 0.7 MG (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 3	
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (<i>prednisolone acetate</i>)	Nivel 3	ST; QL (20 ML por 14 días)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT 0.59 MG (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 3	
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	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</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
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		
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 – Combinaciones de Betabloqueantes-Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica-Adrenérgico - Medicamentos para el Glaucoma		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>timolol-brimonidi-dorzolam(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-0.15-2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmicos - Betabloqueantes-Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica y Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>timolol-dorzolam-bimatopro(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
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 - Betabloqueantes-Combinaciones de Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>timolol-bimatoprost (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-0.01 %</i>	Nivel 1	
Oftálmicos - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	
<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

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para la Picazón en los Ojos		
ALOCRIL OPHTHALMIC (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/proparacaine/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		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1-2.5 %, 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglucósidos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1-2.5 %, 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (<i>tobramycin</i>)	Nivel 2	
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		
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
Agentes Reductores de la Presión Oftálmico-Intraocular, Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>bimatoprost (pf) ophthalmic (eye) drops 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	QL (1 ML por 12 días)
DURYSTA INTRACAMERAL IMPLANT 10 MCG (<i>bimatoprost</i>)	Nivel 4	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA PERFUSION SOLUTION 26 MEQ/1,052.8 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.16</i>)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM PERFUSION SOLUTION 108 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.10</i>)	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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 4:1 PERFUSION SOLUTION 60 MEQ/830 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.34 (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		
Asma/EPOC - Inhibidores de Fosfodiesterasa-3 y -4 (PDE3 y PDE4)		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 3 MG/2.5 ML (<i>ensifentrine</i>)	Nivel 3	PA
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	
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5 ml</i>	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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>carbinoxamine maleate oral suspension,extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (Mín 2 Años)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Edad (Mín 2 Años)
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl</i> (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 ML)	Nivel 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (<i>carbinoxamine maleate</i>)	Nivel 3	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (Mín 2 Años)
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 (Mín 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl</i> (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 Ml)	Nivel 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (<i>carbinoxamine maleate</i>)	Nivel 3	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (Mín 2 Años)
<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 - 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
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	
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (12 GM por 30 días)
<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 REDIHALER 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (<i>varenicline tartrate</i>)	Nivel 2	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		
<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i> (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 Ml)	Nivel 1	
<i>brompheniramine-pseudoeph-dm oral syrup 2-30-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>hydrocodone-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>talco</i>)	Nivel 3	
<i>sterile talc intrapleural suspension for reconstitution 5 gram</i>	Nivel 1	
STERITALC INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 3 GRAM (<i>talco</i>)	Nivel 3	
STERITALC INTRAPLEURAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2 GRAM, 4 GRAM (<i>talco</i>)	Nivel 3	
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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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> (Yuvaferm Vaginal Tablet 10 Mcg)	Nivel 1	
Progestágenos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (<i>progesterone, micronized</i>)	Nivel 3	
Agentes para Aumentar o Perder Peso		
Antiobesidad - Agonistas duales de los Receptores GIP y GLP-1		
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
Agentes para Aumentar o Perder Peso – 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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>diethylpropion oral tablet extended release 75 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG (<i>phentermine hcl</i>)	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phendimetrazine tartrate oral capsule, extended release 105 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phentermine oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phentermine oral tablet 37.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST

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

Índice de Medicamentos

A		
<i>abacavir</i>	52	
<i>abacavir-lamivudine</i>	54	
ABILIFY ASIMTUFII	171	
ABILIFY MANTENA	171	
<i>abiraterone</i>	68, 71	
ABRYVO (PF)	100	
<i>acamprosate</i>	192	
<i>acarbose</i>	268	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP	351, 410	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	363, 411	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS	351, 411	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	363, 411	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	363, 411	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP	351, 411	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	363, 411	
<i>Accutane</i>	216	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS	351, 411	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	402, 411	
<i>acebutolol</i>	138	
<i>acetaminophen-codeine</i>	19	
<i>acetazolamide</i>	142	
<i>acetic acid</i>	314, 502	
<i>acetylcysteine</i>	40, 515	
ACIOXIA	238	
ACIPHES SPRINKLE	300	
<i>acitretin</i>	229	
ACTEMRA	32	
ACTEMRA ACTPEN	32	
ACTHAR	265	
ACTHAR SELFJECT	265	
ACTHIB (PF)	114	
ACTI-LANCE LANCETS	363, 411	
ACTIMMUNE	46	
ACUVAIL (PF)	489	
<i>acyclovir</i>	60, 231	
ADACEL(TDAP ADOLESNIADULT)(PF)	112	
ADAKVEO	337	
<i>adalimumab-adaz</i>	23, 26, 307	
<i>adapalene</i>	220	
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	220	
ADASUVE	168	
ADBRY	223	
ADCETRIS	71, 93	
ADDYI	183	
<i>adefovir</i>	58	
ADEINZDE	218	
ADEMPAS	147	
adenovirus vac live type-4, 7	109, 118	
adenovirus vaccine live type-4	109, 118	
adenovirus vaccine live type-7	109, 118	
ADLARITY	196	
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN	287	
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO	288	
ADUHELM	196	
ADULT ASPIRIN REGIMEN ... 37, 338		
ADULT LOW DOSE ASPIRIN 37, 338		
ADVAIR HFA	512	
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT	234	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP	351, 411	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	363, 411	
ADVATE	327	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST	360, 411	
ADVOCATE LANCET	363, 411	
ADVOCATE REDICODE PLUS	351, 411	
ADYNOVATE	327	
ADZENYS XR-ODT	173, 181	
ADZYNMA	321	
AEMCOLO	64	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT ..	402, 411	
AEROCHAMBER MINI ..	403, 411	
AEROCHAMBER MV	403, 411	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	403, 412	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK	403, 412	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK	403, 412	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK	403, 412	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT	403, 412	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK	403, 412	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK	403, 412	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK	403, 412	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG	403, 412	
AEROTRACH PLUS	403, 412	
AEROVENT PLUS	403, 412	
<i>Afirmelle</i>	200	
AFLURIA TRIV 2024-2025	119	
AFLURIA TRIV 2024-2025 (PF)	119	
AFREZZA	285	
AFSTYLA	327	
AFTER PILL	213, 214	
AFTERA	213, 214	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS	351, 412	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS	351, 412	
AGAMREE	280	
AGGRASTAT CONCENTRATE	337	
AGGRASTAT IN SODIUM CHLORIDE	337	
AIMOVIG AUTOINJECTOR ..	184	
AIMSCO LATEX CONDOM 375, 412		
AIRDUO DIGIHALER	512	
AIRSUPRA	512	
AJOVY AUTOINJECTOR	184	
AJOVY SYRINGE	184	
AKEEGA	66	
AKLIEF	220	
AKTEN (PF)	493	
AKYNZEO (NETUPITANT) ... 297		

Ala-Cort	234	Alyacen 7/7/7 (28)	210	ANNOVERA	213
Ala-Scalp	234	ALYGLO	105	ANORO ELLIPTA	511
albendazole	44	ALYMSYS	67	anticoag citrate phos dextrose	322
albuterol sulfate	510, 511	Alyq	147	ANUCORT-HC	39
Alcaine	492	amantadine hcl	165	ANZEMET	297
alclometasone	234	ambrisentan	147	APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN	288
ALCOHOL PADS	97	amcinonide	234	APIDRA U-100 INSULIN	288
ALCOHOL PREP PADS	97	AMELUZ	243	APLIGRAF	248
alcohol swabs	97	Amethia	199	apomorphine	165
ALCOHOL WIPES	97	Amethyst (28)	201	apraclonidine	497
ALDURAZYME	471	amiloride	143	aprepitant	297
ALECENSA	70	amiloride-hydrochlorothiazide	143	APRETUDE	49
alendronate	275	aminocaproic acid	332	Apri	201
ALFERON N	240	amiodarone	130	APTIOM	154
alfuzosin	316	amitriptyline	162	APTIVUS	63
ALINIA	48	amitriptyline-chlordiazepoxide	161, 177	AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE	377, 413
aliskiren	148	AMJEVITA(CF)	24, 26, 307	AQINJECT LUER LOCK SYRINGE	377, 413
ALKINDI SPRINKLE	280	AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR	24, 26, 307	AQINJECT SAFETY NEEDLE 377, 413	
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8	377, 412	amlodipine	140	AQINJECT SAFETY SYRINGE	377, 378, 413
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV ... 377, 413		amlodipine-atorvastatin	137	AQINJECT STANDARD NEEDLE	378, 413
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL	377, 413	amlodipine-benazepril	125	ARAKODA	47
ALLERGY SYRINGE	377, 413	amlodipine-olmesartan	127	ARALAST NP	515
allopurinol	321	amlodipine-valsartan	127	Aranelle (28)	211
almotriptan malate	185	amlodipine-valsartan-hcthiazid	127	ARANESP (IN POLYSORBATE)	325
ALOCRIAL	494	ammonium lactate	234	ARCALYST	23
alogliptin	269	Amnesteem	216	AREXVY (PF)	100
alogliptin-metformin	273	AMONDYS-45	347	arformoterol	510
alogliptin-pioglitazone	273	amoxapine	162	argatroban	340
ALOMIDE	494	amoxicil-clarithromy-lansopraz	303	argatroban in 0.9 % sod chlor 340	
alosetron	304, 310	amoxicillin	43	ARIDOL BRONCHIAL CHALLENGE	253
ALPHANATE	327	amoxicillin-pot clavulanate	44	ARIKAYCE	43
ALPHANINE SD	326	amphetamine	173, 181	aripiprazole	171, 180
alprazolam	149, 176	amphetamine sulfate	173, 182, 189	ARISTADA	171, 172
ALPRAZOLAM INTENSOL ... 149, 176		ampicillin	43	ARISTADA INITIO	171
ALPROLIX	326	AMVISC	494	armodafinil	189
ALTABAX	225	AMVISC PLUS	494	ARMONAIR DIGIHALER	506
ALTACAINE	492	AMVUTTRA	267	ARMOUR THYROID	293
ALTAFLUOR BENOX	491, 492	amyl nitrite	40, 128	ARNUITY ELLIPTA	506
Altavera (28)	200	ANACAINE	247	arsenic trioxide	75
ALTERNATE SITE LANCET .. 363, 413		anagrelide	338	ARTISS	245
ALTOPREV	132	ANA-LEX KIT	39	ARZERRA	77
ALTRENO	220	ANALPRAM-HC	239	ASCENIV	105
ALTUVIIIIO	327	ANASCORP	101	Ascomp With Codeine	20
ALUNBRIG	70	ANASTIA	245	ASCOR	263
ALVAIZ	341	anastrozole	75		
ALVESCO	506	ANGELIQ	276		
alvimopan	42	ANKTIVA	84		
Alyacen 1/35 (28)	201				

<i>ascorbic acid (vitamin c)</i>	263	AVITENE	332	BD ECCENTRIC TIP SYRINGE	
<i>asenapine maleate</i>	165, 180	AVITENE FLOUR	332	.....	378, 414
<i>Ashlyna</i>	199	AVONEX	479, 480	BD ECLIPSE	379, 415
ASMANEX HFA	506	AVSOLA	24, 26, 307	BD ECLIPSE LUER-LOK	378, 414,
ASMANEX TWISTHALER	507	<i>Ayuna</i>	201	415	
ASPARLAS	75	AYVAKIT	86	BD FILTER NEEDLE 5-MICRON	
<i>aspirin</i>	37, 338	<i>azacitidine</i>	74	NOKO	379, 415
ASPIRIN CHILDRENS	37, 338	AZASITE	496	BD FILTER NEEDLE-5 MICRON	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	337	<i>azathioprine</i>	31, 344	.....	379, 415
ASSURE 4 STRIPS	351, 413	<i>azelaic acid</i>	216, 244	BD INSULIN SYRINGE (HALF	
ASSURE LANCE	363, 413	<i>azelastine</i>	486, 516	UNIT)	373, 415
ASSURE LANCE PLUS	363, 414	<i>azelastine-fluticasone</i>	516	BD INSULIN SYRINGE U-500	
ASSURE PLATINUM TEST		AZELEX	216, 244	.....	373, 415
STRIP	351, 414	<i>azithromycin</i>	61	BD INSULIN SYRINGE	
ASSURE PRISM MULTI STRIP		AZSTARYS	173	ULTRA-FINE	373, 415
.....	351, 414	<i>Azurette (28)</i>	199	BD INTEGRA NEEDLE	379, 415
ASTAGRAF XL	342	B		BD INTEGRA SYRINGE	379, 415,
ASTRINGYN	332	B COMPLEX 100	256	416	
<i>atazanavir</i>	63	<i>bacitracin</i>	496	BD INTERLINK BLUNT	
<i>atenolol</i>	137	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	495	PLASTIC CAN	379, 416
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	141	<i>baclofen</i>	349	BD INTERLINK SYRINGE	379,
ATGAM	109	BACTERIOSTATIC WATER-		416	
<i>atomoxetine</i>	176	OGIVRI	257	BD INTRADERMAL BEVEL	
ATORVALIQ	132	BAFIERTAM	480	NEEDLES	379, 416
<i>atorvastatin</i>	132	BALCOLTRA	201	BD LUER-LOK BULK SYRINGE	
<i>atovaquone</i>	48	BALFAXAR	325	.....	379, 416
<i>atovaquone-proguanil</i>	47	<i>balsalazide</i>	305	BD LUER-LOK SYRINGE	379,
ATRAPRO CP	233	BALVERSA	79	380, 416, 417	
ATROPEN	144	<i>Balziva (28)</i>	201	BD LUER-LOK TIP CONTROL	
<i>atropine</i>	486	BAQSIMI	265	SYRING	380, 417
<i>atropine sulfate (pf)</i>	486	BARACLUDGE	58	BD MICROTAINER LANCET	
ATROVENT HFA	510	BASADROX	224	.....	363, 417
ATRYN	337	BASAGLAR KWIKPEN U-100		BD NANO 2ND GEN PEN	
<i>Aubra</i>	201	INSULIN	287	NEEDLE	373, 417
<i>Aubra Eq</i>	201	BAVENCIO	92	BD NOKOR ADMIX NEEDLE	
AUGTYRO	86	BAXDELA	57	.....	380, 417
<i>Aurovela 1.5/30 (21)</i>	201	BAYER ASPIRIN	37, 338	BD POSIFLUSH NORMAL	
<i>Aurovela 1/20 (21)</i>	201	BAYER LOW DOSE ASPIRIN	37,	SALINE 0.9	262
<i>Aurovela 24 Fe</i>	201	338		BD PRECISIONGLIDE	380, 417
<i>Aurovela Fe 1.5/30 (28)</i>	201	B-COMPLEX INJECTION	256	BD PRECISIONGLIDE NON-	
<i>Aurovela Fe 1-20 (28)</i>	201	BD ALCOHOL SWABS	98	STERILE	380, 417
AURYXIA	258, 315, 316	BD ALLERGIST TRAY REG		BD REGULAR BEVEL NEEDLES	
AUSTEDO	186, 187, 188	BEVEL	378, 414	.....	381, 417
AUSTEDO XR	187, 188	BD ALLERGY SYRINGE	378, 414	BD SAFETYGLIDE ALLERGIST	
AUSTEDO XR TITRATION		BD AUTOSHIELD DUO PEN		TRAY	381, 418
KT(WKI-4)	187, 188	NEEDLE	373, 414	BD SAFETYGLIDE NEEDLE	381,
AUVELITY	159	BD BLUNT PLASTIC CANNULA		418	
AVASTIN	67	.....	378, 414	BD SAFETYGLIDE SHIELDING	
AVEED	267	BD BULK SYRINGE SLIP TIP	378,	REG	381, 418
AVEIDA	244	414		BD SAFETYGLIDE SYRINGE	381,
<i>Aviane</i>	201			418	
AVITA	220				

BD SAFETYGLIDE TB REG	BENDEKA	70	bisoprolol-hydrochlorothiazide	141
BEVEL	BENEFIX	326	.....	141
BD SAFETYGLIDE	BENLYSTA	34	bivalirudin	340
TUBERCULIN	benzhydrocodone-		BIVIGAM	105
BD SHORT BEVEL NEEDLES	acetaminophen	20	bleomycin	91
.....	benznidazole	48	BLINCYTO	94, 95
BD SHORT BEVEL THIN WALL	benzonatate	506	Blisovi 24 Fe	202
.....	benzoyl peroxide	219	Blisovi Fe 1.5/30 (28)	202
BD SLIP TIP SYRINGE ...382, 418,	benzphetamine	520	Blisovi Fe 1/20 (28)	202
419	benztropine	164	BLOOD GLUCOSE TEST	351,
B-D SLIP TIP SYRINGE	BEOVU	493, 498	421	
B-D SLIP TIP SYRINGE	bepotastine besilate	487	BLULINK BG SYSTEM REFILL	
BD SPECIALTY USE NEEDLES	BERINERT	323	.....	363, 421
.....	BESIVANCE	496	BLULINK GLUCOSE TEST	
BD SYRINGE	BESPONSA	72, 93	STRIP	351, 421
BD SYRINGE CATH TIP	BESREMI	81	blunt needle, disposable	383, 421
NONSTERILE	betaine	474	BOOSTRIX TDAP	112
BD SYRINGE CATHETER TIP	BETALOAN SUIK	280	bortezomib	86
.....	betamethasone dipropionate	234	bosentan	147
BD SYRINGE LUER-LOK	betamethasone valerate	234	BOSULIF	86
NONSTERILE	betamethasone, augmented	234,	BOTOX	348
BD SYRINGE LUER-LOK	235		BP 10-1	217
STERILE	BETASERON	480	BPO	219
BD SYRINGE SLIP TIP	betaxolol	137, 492	BRAFTOVI	76
NONSTERILE	bethanechol chloride	320	BREATHERITE MDI SPACER	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA	BETIMOL	492	.....	403, 421
.....	BETOPTIC S	492	BREATHERITE SPACER-MASK,	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP ..383,	bevacizumab	493, 498	NEO	404, 421
420	BEVESPI AEROSPHERE	511	BREATHERITE SPACER-	
BD TUBERCULIN SYRINGE	bexagliflozin	271	MASK,ADULT	404, 422
383,	bexarotene	89, 229	BREATHERITE SPACER-	
420	BEXSERO	117	MASK,CHILD	404, 422
BD ULTRA-FINE MICRO PEN	BEYAZ	202	BREATHERITE SPACER-	
NEEDLE	BEYFORTUS	101	MASK,INFANT	404, 422
BD ULTRA-FINE MINI PEN	bicalutamide	71	BREATHERITE SPACER-	
NEEDLE	BIJUVA	277	MASK,S.CHLD	404, 422
BD ULTRA-FINE NANO PEN	BIKTARVY	54	BREATHERITE VALVED MDI	
NEEDLE	bimatoprost	497	CHAMBER	404, 422
BD ULTRA-FINE ORIG PEN	bimatoprost (pf)	497	BREATHERITE VALVED MDI	
NEEDLE	BIMZELX	222	SPACER	404, 422
BD ULTRA-FINE SHORT PEN	BIMZELX AUTOINJECTOR	222	BREEZE 2 TEST STRIPS	351, 422
NEEDLE	BINAXNOW COVID AG CARD		BRENZAVVY	271
BD VEO INSULIN SYR (HALF	HOME TST	360, 421	BREO ELLIPTA	512
UNIT)	BINAXNOW COVID-19 AG		BREXAFEMME	45
374, 421	SELF TEST	360, 421	Breyna	512
BD VEO INSULIN SYRINGE	BIOGLO	491	BREZTRI AEROSPHERE	513
UF	BIOLON	494	Briellyn	202
374, 421	BIONIME RIGHTEST TEST		BRILINTA	337
BELEODAQ	STRIPS	351, 421	brimonidine	244, 497
80	bismuth subcit k-metronidz-tcn		brimonidine-dorzolamide	484
belladonna alkaloids-opium ..303	.....	303	brimonidine-dorzolamide (pf)	484
BELRAPZO	bisoprolol fumarate	137	brimonidine-timolol	490
70			BRINEURA	470
BELSOMRA				
191				
benazepril				
125				
benazepril-hydrochlorothiazide				
.....				
125				
bendamustine				
70				

brinzolamide 490
BRIUMVI 479
BRIVIACT 157
BRIXADI 191, 192
Bromfed Dm 517
bromfenac 489
bromocriptine 164
**brompheniramine-pseudoeph-
 dm** 517
BRONCHITOL 514
BRUKINSA 76, 86
budesonide 306, 507
budesonide-formoterol 512
BULLSEYE MINI SAFETY
LANCETS 364, 422
bumetanide 143
buprenorphine 22
buprenorphine hcl 21, 192
buprenorphine-naloxone 192
bupropion hcl 161
bupropion hcl (smoking deter)
 193
buspirone 150
busulfan 68
butalbital-acetaminop-caf-cod
 20
butalbital-acetaminophen 22
butalbital-acetaminophen-caff
 22
butalbital-aspirin-caffeine 37
butorphanol 22
BUTTERFLY TOUCH LANCET
 364, 422
BYDUREON BCISE 269
BYETTA 270
BYLVAY 342
BYOOVIZ 493, 498
C
CABENUVA 50
cabergoline 292
CABLIVI 322
CABOMETYX 83
cabotegravir 49
CABTREO 219
CADIRA COMPLIANT BLOOD
STAT 410
caffeine citrate 183
calcipotriene 230
calcipotriene-betamethasone 221
calcitonin (salmon) 276
calcitriol 230, 264, 472

calcium acetate(phosphat bind)
 315
CALQUENCE
(ACALABRUTINIB MAL) 76, 86
Camila 209
CAMPTOSAR 90
CAMRESE 199
CAMRESE LO 199
CAMZYOS 140
candesartan 128
candesartan-hydrochlorothiazid
 127
cantharidin in acetone 240
capecitabine 74
CAPEX 235
CAPLYTA 168
CAPRELSA 86
captopril 125
captopril-hydrochlorothiazide
 125
CARBAGLU 474
carbamazepine 154, 178
CARBATROL 154, 178
carbidopa 164
carbidopa-levodopa 163
carbidopa-levodopa-entacapone
 162
carbinoxamine maleate.. 503, 504
carboplatin 85
CARDIOPLEGIA DEL NIDO
FORMULA 499
CARDIOPLEGIA HIGH
POTASSIUM 499
CARDIOPLEGIA IND 4
I PLASMALYT 500
I RINGER 500
CARDIOPLEGIA IND 8
I NON-ENRCH 500
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4
I 500
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8
I 500
CARDIOPLEGIA MAIN 8
I NO-ENRCH 500
CARDIOPLEGIA MAINT 4
I PLASMA 500
I RINGER 501
CARDIOPLEGIA
MAINTENANCE 4
I 501

CARDIOPLEGIA
MAINTENANCE 8
I 501
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE
4
I 501
CARDIOPLEGIA WARM
INDUCT 4
I 501
cardioplegic no.17(induct 4
I) 501
cardioplegic no.19 (maint 4
I) 501
cardioplegic soln 502
cardioplegic solution no.25... 502
CARDURA XL 145
CAREONE ULTRA THIN
LANCET 364, 422
CAREPOINT LUER LOCK
SYRINGE 383, 422
CAREPOINT LUER LOCK SYR-
NEEDLE 384, 422
CAREPOINT LUER SLIP
SYRINGE 384, 422
CAREPOINT LUER SLIP
SYRING-NDL 384, 422
CAREPOINT PRECISION
NEEDLE 384, 423
CAREPOINT SAFETY LL SYR-
NEEDLE 384, 423
CARESENS LANCETS 364, 423
CARESENS N TEST STRIPS.. 352,
 423
CARESTART COVID-19 AG
HOME TST..... 360, 423
CARETOUCH ALCOHOL PREP
PAD 98
CARETOUCH HYPODERMIC
NEEDLE 384, 423
CARETOUCH LUER LOCK
SYRINGE 384, 423
CARETOUCH LUER LOCK SYR-
NEEDLE 384, 423
CARETOUCH LUER SLIP
SYRINGE 384, 385, 423, 424
CARETOUCH SAFETY
LANCETS 364, 424
CARETOUCH TEST STRIP... 352,
 424
CARETOUCH TWIST LANCET
 364, 424

carglumic acid	474	chlordiazepoxide hcl	149, 177	CITRANATAL HARMONY	
carisoprodol	349	chlordiazepoxide-clidinium ...	177, 302, 303	(IRON FUM)	261
carisoprodol-aspirin	349	chlorhexidine gluconate	477	citric-sod citrat-sod phos-dex	322
carisoprodol-aspirin-codeine	350	chloroquine phosphate	47	cladribine	73
carmustine	69, 70	chlorpromazine	169	Claravis	216
carteolol	492	chlorthalidone	144	CLARINEX-D 12 HOUR	503
Cartia Xt	139	chlorzoxazone	349	clarithromycin	61
carvedilol	126	CHOICEDM CLARUS	352, 424	CLEANSING WASH	217, 244
carvedilol phosphate	126	CHOLBAM	298	CLEARSHIELD SODIUM	
CAVERJECT	254	cholestyramine (with sugar) ..	131	CHLOR FLUSH	262
CAVERJECT IMPULSE	254	Cholestyramine Light	131	clemastine	504
CAYA CONTOURED	361, 424	cholestyramine-aspartame	131	CLENPIQ	312
CAYSTON	514	choline,magnesium salicylate ..	37	CLEOCIN	518
Caziant (28)	211	chorionic gonadotropin, human		CLEVER CHEK LANCETS	364, 424
cefaclor	56	.....	284	CLEVER CHOICE CHAMBER-	
cefadroxil	56	CHOSEN LANCET	364, 424	LRG MASK	404, 425
cefdinir	56	CHOSEN SAFETY LANCET ..	364, 424	CLEVER CHOICE CHAMBER-	
cefixime	56			MED MASK	404, 425
cefpodoxime	56, 57	CIBINQO	223	CLEVER CHOICE CHAMBER-	
cefprozil	56	CICLODAN KIT	226	SM MASK	404, 425
cefuroxime axetil	56	ciclopirox	226, 227	CLEVER CHOICE MICRO TEST	
celecoxib	34	ciclopirox-ure-camph-menth-		STRIP	352, 425
CEM-UREA	240	euc	227	CLEVER CHOICE PRO ...352, 425	
CENTANY AT	224	cilostazol	338	CLEVER CHOICE TALK TEST	
cephalexin	56	CILOXAN	496	.....	352, 425
CEPROTIN (BLUE BAR)	339	CIMDUO	51	CLEVER CHOICE TEST STRIPS	
CEPROTIN (GREEN BAR)	340	CIMERLI	493, 498	.....	352, 425
CEQUA	488	cimetidine	299	CLEVER CHOICE VOICE PLUS	
CEQR SIMPLICITY	407, 424	cimetidine hcl	299	TEST	352, 425
CEQR SIMPLICITY INSERTER		CIMZIA	24, 26, 308	CLIMARA PRO	277
.....	364, 424	CIMZIA POWDER FOR		clindamycin hcl	61
CERDELGA	473	RECONST	24, 26, 307	clindamycin palmitate hcl	61
CEREZYME	471	CIMZIA STARTER KIT 24, 26, 307		Clindamycin Pediatric	61
CERVIDIL	265	cinacalcet	276	clindamycin phosphate ..	216, 518
CETACAINE	242	CINQAIR	508	clindamycin-benzoyl peroxide	
CETACAINE ANESTHETIC ...242		CINRYZE	323	.....	217, 218
cetirizine	505	CIPRO	57	CLINDESSE	518
cetorelix	291	CIPRO HC	502	CLINITEST COVID-19 HOME	
cevimeline	478	ciprofloxacin	57	TEST	360, 425
Charlotte 24 Fe	202	ciprofloxacin hcl	57, 496, 502	CLINPRO 5000	475
Chateal (28)	202	ciprofloxacin-dexamethasone		clobazam	150, 177
Chateal Eq (28)	202	.....	502	clobetasol	235, 487
CHEK-STIX CONTROL .251, 409,		ciprofloxacin-fluocinolone	502	clobetasol-emollient	235
424		cisplatin	85	clocortolone pivalate	235
CHEMET	42	citalopram	159	CLODAN KIT	239
CHEMSTRIP 10 MD	251, 424	CITRANATAL (DUAL-IRON) 260		clofarabine	73
CHEMSTRIP 10/SG	251, 424	CITRANATAL 90 DHA (ALGAL		Clomid	279
CHEMSTRIP 2 GP	251, 424	OIL)	260	clomiphene citrate	279
CHEMSTRIP 50B	251, 424	CITRANATAL ASSURE	260	clomipramine	162
CHEMSTRIP 7	251, 424	CITRANATAL DHA (ALGAL		clonazepam	149, 150, 177
CHEMSTRIP 9	251, 424	OIL)	261	clonidine	141
CHEMSTRIP 9	251, 424			clonidine hcl	141, 172
CHENODAL	299				
CHILDREN'S ASPIRIN	37, 338				

<i>clopidogrel</i>	339	CONTOUR PLUS TEST STRIP	352, 426	<i>cyclopentolate</i>	486
<i>clorazepate dipotassium</i> |49, 177		CONTOUR TEST STRIPS	352, 426	<i>cyclopen-tropic-phenyleph-watr</i>	483
<i>clotrimazole</i>	227, 477	CONTRAVE	521	<i>cyclopen-tropic-phen-ketr-wat</i>	483
<i>clotrimazole-betamethasone</i> .228		COPIKTRA	84, 85	<i>cyclophosphamide</i>	31, 69
<i>clozapine</i>	168	CORDRAN	235	<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat</i>	483
COAGADEX	330	CORDRAN TAPE LARGE ROLL	235	<i>cycloserine</i>	55
COAGUCHEK LANCETS	364, 425	CORDX COVID-19 AG HOME TEST	360, 426	CYCLOSET	269
COARTEM	47	CORIFACT	330	<i>cyclosporine</i>	31, 342, 488
COBENFY	148	CORLANOR	144	CYCLOSPORINE IN KLARITY	488
COBENFY STARTER PACK	148	CORTANE-B	503	<i>cyclosporine modified</i>	31, 342
<i>cocaine</i>	515	CORTIFOAM	306	CYLTEZO(CF)	24, 27, 308
<i>codeine sulfate</i>	15	<i>cortisone</i>	280	CYLTEZO(CF) PEN	24, 27, 308
<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	20	CORTISPORIN-TC	502	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	24, 27, 308
<i>colchicine</i>	320	CORTROPHIN GEL	265	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	24, 27, 308
<i>colesevelam</i>	131	COSENTYX	222, 223	<i>cyproheptadine</i>	504, 505
<i>colestipol</i>	131	COSENTYX (2 SYRINGES)	222	CYRAMZA	91
COLOR LANCETS	364, 425	COSENTYX PEN	222	<i>Cyred</i>	202
COLUMVI	67	COSENTYX PEN (2 PENS)	222	<i>Cyred Eq</i>	202
COMBIPATCH	277	COSENTYX UNOREADY PEN	223	CYSTADROPS	490
COMBISTIX REAGENT ..252, 425		COTELLIC	82	CYTAGON	313
COMBIVENT RESPIMAT	511	COTEMPLA XR-ODT	173	CYSTARAN	490
COMETRIQ	83	COVARYX	277	CYSTO-CONRAY II	250
COMFORT EZ LANCETS	364, 425	COVARYX H.S.	276	CYSTOGRAFIN	250
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	364, 425	COVID-19 AT-HOME TEST ..360, 426		CYSTOGRAFIN-DILUTE	250
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS	364, 425	CREON	298	<i>cytarabine</i>	74
COMFORTSEAL LARGE MASK	404, 425	CRESEMBA	46	<i>cytarabine (pf)</i>	74
COMFORTSEAL MEDIUM MASK	404, 425	CREXONT	163	CYTOGAM	105
COMFORTSEAL SMALL MASK	404, 426	CRINONE	279, 520	D	
COMIRNATY 2024-25 (12Y UP)(PF)	118	<i>cromolyn</i>	82, 494, 508	<i>dabigatran etexilate</i>	340
COMPACT SPACE CHAMBER	404, 426	CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR	242	<i>dactinomycin</i>	91
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	405, 426	CRYODOSE TA MIST SPRAY 242		<i>dalfampridine</i>	481
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	405, 426	<i>Cryelle (28)</i>	202	<i>danazol</i>	282
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	405, 426	CRYSVITA	279	<i>dantrolene</i>	350
COMPLERA	54	CUPRIMINE	33, 41	<i>dapsone</i>	47, 217
<i>Compro</i>	296	CURAE	213, 214	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	112
CONJUPRI	140	CURITY ALCOHOL SWABS	98	<i>darifenacin</i>	319
<i>Constulose</i>	310	CUROSURF	515	DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	352, 426
CONTOUR NEXT TEST STRIPS	352, 426	CUSTODIOL HTK	499	DARTISLA	302
		CUTAQUIG	105	<i>darunavir</i>	63
		CUVITRU	106	DARZALEX	78
		CUVRIOR	41	DARZALEX FASPRO	78
		<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	263	<i>dasatinib</i>	86
		<i>cyclobenzaprine</i>	349	Dasetta 1/35 (28)	202
		CYCLOMYDRIL	483		

<i>Dasetta 7/7/7 (28)</i>	211	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	487	<i>DILT-XR</i>	139
<i>daunorubicin</i>	91	<i>DEXCOM G6 RECEIVER</i>	364, 426	<i>DILUENT FOR BICNU</i>	256
<i>DAURISMO</i>	80	<i>DEXCOM G6 SENSOR</i> ..	365, 427	<i>DILUENT FOR ELIGARD</i>	256
<i>DAVOL IRRIGATION SYRINGE</i>	385, 426	<i>DEXCOM G6 TRANSMITTER</i>	365, 427	<i>DILUENT FOR ISTODAX</i>	256
<i>DAVOL PISTON IRRIGATION</i>	385, 426	<i>DEXCOM G7 RECEIVER</i>	365, 427	<i>DILUENT FOR JEVTANA</i>	256
<i>DAXXIFY</i>	348	<i>DEXCOM G7 SENSOR</i> ..	365, 427	<i>DILUENT FOR NOVASEVEN RT</i>	256
<i>DAYBUE</i>	196	<i>dexlansoprazole</i>	300	<i>DILUENT FOR ROTARIX</i>	257
<i>Daysee</i>	199	<i>dexmethylphenidate</i>	173	<i>DILUENT FOR VIVITROL</i>	257
<i>DAYVIGO</i>	191	<i>DEXONTO</i>	281	<i>DILUTING MEDIUM FOR</i> <i>NOVOLOG</i>	256
<i>DAZAVEIDAOXIA</i>	244	<i>DEXTENZA</i>	487	<i>dimethyl fumarate</i>	480
<i>DAZOMON</i>	244	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .	173, 174, 182, 189	<i>DIOOXIA</i>	230
<i>DEBACTEROL</i>	477	<i>dextroamphetamine-</i> <i>amphetamine</i>	174, 181, 182, 190	<i>DIPENTUM</i>	305
<i>Deblitane</i>	209	<i>DIACOMIT</i>	158	<i>Diphen</i>	504, 505
<i>decitabine</i>	74	<i>DIADIMAXIA</i>	217	<i>diphenoxylate-atropine</i>	295
<i>deferasirox</i>	41	<i>DIAOXIA</i>	217	<i>dipyridamole</i>	339
<i>deferiprone</i>	41	<i>DIASAXIATAR</i>	219	<i>disopyramide phosphate</i>	129
<i>deferoxamine</i>	41	<i>DIASDIMAXIA</i>	217	<i>disulfiram</i>	193
<i>deflazacort</i>	280	<i>DIASOXIA</i>	217	<i>DIURIL</i>	144
<i>DELSTRIGO</i>	54	<i>DIAXTIX</i>	409, 427	<i>divalproex</i>	151, 152, 179, 184
<i>demeclocycline</i>	65	<i>diatrizoate meg-diatrizoat sod</i>	250	<i>docetaxel</i>	89
<i>DEMEROL (PF)</i>	15	<i>DIATRUE PLUS TEST STRIP</i>	352, 427	<i>Dodex</i>	263
<i>DENTA 5000 PLUS</i>	475	<i>diazepam</i>	149, 151, 177	<i>dofetilide</i>	130
<i>DENTA 5000 PLUS SENSITIVE</i>	476	<i>Diazepam Intensol</i>	149, 177	<i>DOJOLVI</i>	260
<i>DENTAGEL</i>	476	<i>diazoxide</i>	265	<i>Dolishale</i>	202
<i>DEOXIATAR</i>	219	<i>dichlorphenamide</i>	142, 345	<i>donepezil</i>	197
<i>DEOXIAVAR</i>	219	<i>diclofenac epolamine</i>	243	<i>DOPTELET (10 TAB PACK)</i> ..	341
<i>DEPAKOTE</i>	151, 178	<i>diclofenac potassium</i>	35	<i>DOPTELET (15 TAB PACK)</i> ..	341
<i>DEPAKOTE ER</i>	151, 178, 184	<i>diclofenac sodium</i>	35, 36, 229, 243, 489	<i>DOPTELET (30 TAB PACK)</i> ..	341
<i>DEPAKOTE SPRINKLES</i>	151, 179	<i>diclofenac-misoprostol</i>	34	<i>dorzolamide</i>	490
<i>DEPO-ESTRADIOL</i>	278	<i>dicloxacillin</i>	63	<i>dorzolamide (pf)</i>	490
<i>DEPO-PROVERA</i>	198	<i>dicyclomine</i>	302	<i>dorzolamide-timolol</i>	490
<i>DEPO-SUBQ PROVERA 104</i>	198	<i>diethylpropion</i>	520, 521	<i>dorzolamide-timolol (pf)</i>	490
<i>Dermacinrx Lidocan</i>	245	<i>DIFFERIN</i>	220	<i>Dotti</i>	278
<i>DERMACINRX LIDOGEL</i>	245	<i>DIFICID</i>	61	<i>DOVATO</i>	50
<i>DERMACINRX LIDOREX</i>	245	<i>diflunisal</i>	38	<i>DOVER BULB SYRINGE</i>	385, 427
<i>DERMAZENE</i>	228	<i>difluprednate</i>	487	<i>doxazosin</i>	145
<i>DESCOVY</i>	51	<i>Digitek</i>	142	<i>doxepin</i>	162, 191
<i>desflurane</i>	38	<i>digoxin</i>	142	<i>doxercalciferol</i>	472
<i>desipramine</i>	162	<i>dihydroergotamine</i>	185	<i>doxorubicin</i>	91
<i>desloratadine</i>	505, 506	<i>DILANTIN</i>	153	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	91
<i>desmopressin</i>	268	<i>Dilantin Extended</i>	153	<i>doxycycline hyclate</i>	65, 478
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> ..	199	<i>Dilantin Infatabs</i>	153	<i>doxycycline monohydrate</i>	65
<i>desonide</i>	235	<i>DILANTIN-125</i>	153	<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6)</i>	296
<i>desoximetasone</i>	235, 236	<i>DILAUDID (PF)</i>	15	<i>D-PENAMINE</i>	33, 41
<i>desvenlafaxine</i>	160	<i>diltiazem hcl</i>	139	<i>DRITHOCREME HP</i>	230
<i>desvenlafaxine succinate</i>	160			<i>dronabinol</i>	181, 296, 522
<i>dexamethasone</i>	280, 281			<i>DROPLET LANCETS</i>	365, 427
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL</i>	280			<i>DROPSAFE ALCOHOL PREP</i> <i>PADS</i>	98

DROPSAFE SICURA SAFETY
NEEDLE385, 427
drospirenone-e.estradiol-lm.fa
.....202
drospirenone-ethinyl estradiol
.....203
DROXIA.....340
droxidopa.....141
DRYSOL.....229
DRYSOL DAB-O-MATIC.....229
DUAKLIR PRESSAIR.....511
DUAVEE.....276
DULERA512
duloxetine.....160, 183
DUOBRII.....221
DUODOTE.....40
DUOPA.....163
DUPIXENT PEN.....224, 507
DUPIXENT SYRINGE.....224, 508
DUREX AIR CONDOM..375, 427
DUREX AVANTI BARE REAL
FEEL.....375, 428
DUREX EXTRA SENSITIVE
CONDOM375, 428
DUREX TROPICAL CONDOM
.....375, 428
DUROLANE.....347
DURYSTA.....497
dutasteride.....317
dutasteride-tamsulosin.....313
DUVYZAT.....345
DUZALLO.....321
DYANAVAL XR.....174, 182
DYSPORT348
E
E.E.S. 40061
EASIVENT HOLDING
CHAMBER.....405, 428
EASIVENT MASK LARGE.....405,
428
EASIVENT MASK MEDIUM..405,
428
EASIVENT MASK SMALL.....405,
428
EASY COMFORT ALCOHOL
PAD.....98
EASY COMFORT LANCETS..365,
428
EASY GLIDE CATHETER TIP
SYRINGE385, 428
EASY GLIDE DENTAL IRRIG
SYRINGE385, 428
EASY GLIDE LUER LOCK
SYRINGE.....385, 428
EASY GLIDE LUER SLIP TB
SYRINGE385, 428
EASY PLUS II TEST352, 428
EASY STEP.....352, 429
EASY TALK GLUCOSE TEST352,
429
EASY TALK PLUS II TEST STRIP
.....352, 429
EASY TOUCH389, 432
EASY TOUCH ALCOHOL PREP
PADS98
EASY TOUCH BLULINK TEST
STRIP352, 429
EASY TOUCH FLIPLOCK
NEEDLE.....386, 429
EASY TOUCH FLIPLOCK
SYRINGE.....386, 387, 429, 430
EASY TOUCH FLURINGE.....387,
430
EASY TOUCH FLURINGE
FLIPLOCK387, 430
EASY TOUCH FLURINGE FLU
TRAY387, 430
EASY TOUCH FLURINGE
SHEATHLOCK.....387, 430
EASY TOUCH HYPODERMIC
NEEDLE.....387, 431
EASY TOUCH LANCETS365, 431
EASY TOUCH LUER LOCK
SYRINGE.....388, 431
EASY TOUCH SAFETY
LANCETS.....365, 431
EASY TOUCH SHEATHLOCK
SYRG-NDL.....388, 432
EASY TOUCH SHEATHLOCK
SYRINGE.....388, 432
EASY TOUCH SYR ALLERGY
TRAY389, 432
EASY TOUCH TEST STRIP...353,
432
EASY TOUCH TUBERCULIN
FLIPLOCK389, 433
EASY TOUCH TUBERCULIN
SHEATHLK.....389, 433
EASY TOUCH TWIST LANCETS
.....366, 433
EASY TOUCH UNI-SLIP 389, 433
EASY TRAK GLUCOSE TEST353,
433
EASY TRAK II TEST STRIP....353,
433
EASY TWIST AND CAP
LANCETS366, 433
EASYGLUCO TEST353, 433
EASYMAX353, 433
EASYMAX 15 TEST STRIPS..353,
433
EASYPPOINT NEEDLE389, 433
EBGLYSS PEN224
ECLIPSE NEEDLE.....389, 434
ECLIPSE SYRINGE390, 434
EC-NAPROXEN36
econazole.....227
ECONTRA EZ.....213, 214
ECONTRA ONE-STEP...213, 215
ECOTRIN.....38, 338
ECOZA.....227
edaravone.....345
EDARBI.....128
EDARBYCLOR127
EDEX.....254
ED-SPAZ301, 319
EDURANT50
EEMT277
EEMT HS277
efavirenz.....50
*efavirenz-emtricitabin-tenofov*54
efavirenz-lamivu-tenofov disop
.....55
EFFER-K.....259
EGATEN.....44
EGRIFTA SV282
ELAHERE67, 72
ELAPRASE471
ELELYSO471
ELEMENT COMPACT TEST
STRIPS.....353, 434
ELEMENT TEST STRIPS353, 434
ELESTRIN278
eletriptan185
ELFABRIO.....470
ELIGARD.....82
ELIGARD (3 MONTH)81
ELIGARD (4 MONTH)81
ELIGARD (6 MONTH)81
Elinest.....203
ELIQUIS324
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D
START324

Elixophyllin	509	Enskyce	203	erythromycin-benzoyl peroxide	
ELLA	214	ENSPRYNG	344	.....	218
ELLUME COVID-19 HOME		ENSTILAR	221	escitalopram oxalate	159
TEST	360, 434	entacapone	164	esomeprazole magnesium	300
ELMIRON	314	ENTADFI	313	ESPEROCT	328
ELOCTATE	328	entecavir	58	Estarylla	203
ELREXFIO	94	ENTERO VU	249	estazolam	177, 190
Eluryng	213	ENTRESTO	128	estradiol	278, 519
ELYXYB	185	ENTRESTO SPRINKLE	128	estradiol valerate	278
ELZONRIS	93	ENTYVIO	306	estradiol-norethindrone acet	277
EMBRACE BLOOD GLUCOSE		ENTYVIO PEN	306	ESTRATEST F.S.	277
SYSTEM	353, 434	Enulose	298	ESTRING	519
EMBRACE EVO TEST STRIPS		ENVARUSUS XR	342	estrogens-methyltestosterone	277
.....	353, 434	ENZNONUTY	242	eszopiclone	190
EMBRACE LANCETS	366, 434	EOHILIA	281	ethacrynic acid	143
EMBRACE PRO TEST STRIPS		EPCLUSA	59	ethambutol	55
.....	353, 434	EPIDIOLEX	151	ethosuximide	157
EMBRACE SAFETY LANCET	366,	EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE		ethyl chloride	242
434		.....	247	ethynodiol diac-eth estradiol	203
EMBRACE TALK TEST STRIPS		EPIFOAM	239	etodolac	36
.....	353, 434	epinastine	487	etonogestrel-ethinyl estradiol	213
EMBRACE WAVE GLUCOSE		epinephrine	141, 506	etoposide	79
TEST STRP	353, 434	epinephrine hcl	517	etravirine	50
EMEND	297	epirubicin	91	EUCRISA	224
EMFLAZA	281	Epitol	154, 179	EUFLEXXA	347
EMGALITY PEN	184	EPKINLY	67	EUTHYROX	294
EMGALITY SYRINGE	148, 184	eplerenone	126, 142	EVAMIST	279
EMPAVELI	322, 339	EPOGEN	325	EVARREST	333
EMPLICITI	75	epoprostenol	146	EVENCARE G2	353, 434
EMSAM	158	EPRONTIA	155	EVENCARE G3 TEST	353, 434
emtricitabine	52	eprosartan	128	EVENCARE MINI GLUCOSE	
emtricitabine-tenofovir (tdf) ...	51,	eptifibatide	337	TEST STR	353, 434
52		EQUETRO	154, 179	EVENCARE PROVIEW TEST	
EMTRIVA	52	ERBITUX	95	STRIP	353, 434
EMVERM	44	ergocalciferol (vitamin d2)	264	EVENCARE TEST	354, 435
Emzahn	209	ergoloid	198	EVENITY	274
enalapril maleate	126	ERGOMAR	185	everolimus (antineoplastic)	83
enalapril-hydrochlorothiazide		ergotamine-caffeine	185	everolimus (immunosuppressive)	
.....	125	eribulin	83	.....	344
ENBREL	23, 27	ERIVEDGE	80	EVERSENSE E3 SMART	
ENBREL MINI	23, 27	ERLEADA	71	TRANSMITTER	366, 435
ENBREL SURECLICK	23, 27	erlotinib	68	EVICEL	334
ENDARI	256, 260, 340	ERMEZA	294	EVKEEZA	131
ENDO AVITENE	332	Errin	209	EVOLUTION TEST STRIPS ...	354,
Endocet	21	ERWINASE	76	435	
ENDOMETRIN	279	Ery Pads	217	EVOMELA	69
ENGERIX-B (PF)	103	Ery-Tab	61	EVOTAZ	53, 63
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	104	ERYTHROCIN (AS STEARATE)		EVRYSDI	350
ENHERTU	72, 94	.....	61	EXCEL SYRINGE	390, 435
Enilloring	213	erythromycin	62, 496	EXEL HYPODERMIC NEEDLES	
ENJAYMO	322, 324	erythromycin ethylsuccinate ...	61	.....	390, 435
enoxaparin	336	erythromycin with ethanol	217	EXEL SYRINGE	390, 435
Enpresse	211			EXELDERM	227

EXEM.....	251	<i>fentanyl citrate</i>	16	<i>fludarabine</i>	73
exemestane.....	75	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	15, 38	<i>fludrocortisone</i>	291
EXODERM.....	226	<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl</i> ..	16	FLULAVAL TRIV 2024-2025 (PF)	
EXONDYS-5 I.....	347	FERRIPROX	42	.....	120
EXSERVAN.....	346	<i>fesoterodine</i>	320	FLUMIST TRIVALENT 2024-	
EYLEA.....	493, 499	FETZIMA	160	2025	109, 120
EYLEA HD.....	493, 499	FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>flunisolide</i>	516
EYSUVIS.....	487	INSULIN	288	<i>fluocinolone</i>	236
E-Z DISK.....	249	FIASP PENFILL U-100 INSULIN		<i>fluocinolone acetonide oil</i>	502
E-Z JECT LANCETS.....	366, 435	.....	288	<i>fluocinolone and shower cap</i>	236
E-Z JECT THIN LANCETS.....	366, 435	FIASP PUMPCART	288	<i>fluocinonide</i>	236
EZ SMART LANCETS.....	366, 435	FIASP U-100 INSULIN	288	Fluocinonide-E	236
EZ SMART PLUS TEST...354, 435		FIBRYGA	332	<i>fluocinonide-emollient</i>	236
EZ SMART TEST.....	354, 436	FILSPARI	124	<i>fluorescein-benoxinate</i> ...491, 492	
EZALLOR SPRINKLE.....	132	FILSUVEZ	249	<i>fluorescein-proparacaine</i>	491
ezetimibe.....	136	<i>filter needles</i>	390, 436	<i>fluoride (sodium)</i>	476
ezetimibe-simvastatin.....	137	FINACEA	217, 244	FLUORIDEX DAILY DEFENSE	
E-Z-HD BARIUM.....	249	<i>finasteride</i>	316	.....	476
E-Z-PAQUE.....	249	FINGERSTIX LANCETS ..366, 436		FLUORIDEX SENSITIVITY	
E-Z-PASTE.....	250	<i> fingolimod</i>	481	RELIEF	476
F		FINTEPLA	158	FLUORIMAX 5000	476
FABHALTA	321, 322	<i>Finzala</i>	203	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE	
FABRAZYME	471	<i>Fioricet</i>	22	.....	476
FACTIVE	57	FIRDAPSE	346	<i>fluorometholone</i>	487
<i>Falmina (28)</i>	203	FLAREX	487	FLUOROPLEX	228
<i>famciclovir</i>	60	<i>flavoxate</i>	320	<i>fluorouracil</i>	228, 229
<i>famotidine</i>	299	FLEBOGAMMA DIF	106	<i>flouxetine</i>	159
FANAPT	166	<i>flecainide</i>	130	FLUOXIA	238
FANTASY CONDOM	375, 436	FLEXICHAMBER	405, 436	<i>fluphenazine hcl</i>	169
FARXIGA	271	FLEXICHAMBER-LG CHILD		<i>flurandrenolide</i>	236
FASENRA	508	MASK	405, 436	<i>flurazepam</i>	177, 190
FASENRA PEN	508	FLEXICHAMBER-SM ADULT		<i>flurbiprofen</i>	36
FASTEP COVID-19 AG HOME		MASK	405, 436	<i>flurbiprofen sodium</i>	489
TEST	360, 436	FLEXICHAMBER-SM CHILD		<i>fluticasone propionate</i> ..236, 507,	
FC2 FEMALE CONDOM 363, 436		MASK	405, 436	516	
<i>febuxostat</i>	321	FLOLIPID	133	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	
FEIBA NF	323	FLOW-EZE VENTED NEEDLE		.....	513
<i>felbamate</i>	151	.....	390, 436	<i>fluvastatin</i>	133
<i>felodipine</i>	140	FLOWFLEX COVID-19 AG		<i>flvoxamine</i>	159
FEM PH	519	HOME TEST	360, 436	FLUZONE HIGH-DOSE TRIV	
FEMCAP	359, 436	<i>floxuridine</i>	74	24-25	121
FEMLYV	203	FLUAD TRIV 2024-25(65Y		FLUZONE QUAD SOUTH	
FEMRING	520	UP)(PF)	120	HEM2024(PF)	121
<i>fenofibrate</i>	132	FLUARIX TRIV 2024-2025 (PF)		FLUZONE QUAD SOUTHERN	
<i>fenofibrate micronized</i>	132	.....	120	HEM 2024	121
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	132	FLUBLOK TRIV 2024-2025 (PF)		FLUZONE TRIV 2024-2025 ... 121	
<i>fenofibric acid</i>	132	.....	120	FLUZONE TRIV 2024-2025 (PF)	
<i>fenofibric acid (choline)</i>	132	FLUCELVAX TRIV 2024-2025	120	.....	121
FENSOLVI	290	FLUCELVAX TRIV 2024-2025		FML FORTE	487
<i>fentanyl</i>	16	(PF)	120	FOLET ONE	260, 261
		<i>fluconazole</i>	46	<i>folic acid</i>	264
		<i>flucytosine</i>	45	FOLLISTIM AQ	280

FOLOTYN	72	FREESTYLE LIBRE 2 READER	.....	367, 438	GAZYVA	77	
fondaparinux	336	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	.....	367, 438	GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	355, 439	
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP	354, 436	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	367, 438	GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	355, 439	gefitinib	68
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP	354, 436	FREESTYLE LIBRE 3 READER	367, 439	GELFILM	494	GELFOAM	333
FORA DI5G STRIPS	354, 436	FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	367, 439	GELFOAM JMI POWDER	332	GELFOAM JMI SPONGE	332
FORA D20	354, 436	FREESTYLE LITE STRIPS	355, 439	GELFOAM SPONGE SIZE 200	333	GEMMILY	203
FORA D40-G3I TEST STRIPS	354, 436	FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS	355, 439	GEMTESA	314	GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME	360, 439
FORA G20	354, 436	FREESTYLE TEST	355, 439	GENADUR (WITH LEXINAL)	248	Generlac	298
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRIP	354, 437	FREESTYLE UNISTIK 2	367, 439	Gengraf	31, 342	GENOTROPIN	283
FORA GD50 TEST STRIPS	354, 437	frovatriptan	186	GENOTROPIN MINIQUICK	283	gentamicin	224, 495
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP	354, 437	FRUZAQLA	87	GENULTIMATE TEST STRIP	355, 439	GENVISC 850	347
FORA TEST STRIP	354, 437	FULPHILA	330	GENVOYA	54	GILENYA	481
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP	354, 437	fulvestrant	88	GILOTRIF	68	GIMOTI	301
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS	354, 437	FUROSCIX	143	GLASSIA	515	GLATIRAMER	480
FORA V10	354, 437	furosemide	143	GLATOPA	480	GLEOLAN	254
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS	354, 437	FUZEON	49	GLEOSTINE	70	GLIADEL WAFER	70
FORA V12 GLUCOSE	355, 437	FYARRO	83	glimepiride	272	glipizide	272
FORA V20	355, 437	Fyavolv	277	glipizide-metformin	272	GLOPERBA	320
FORA V30A	355, 437	FYCOMPA	150	GLOSTRIPS	491	GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT	266
FORACARE GD20	355, 437	FYLNETRA	330	Glucagon Emergency Kit (Human)	266	GLUCO NAVII TEST STRIP ..	355, 439
FORACARE GD40 TEST STRIPS	355, 437	Fyremadel	291	GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS	355, 439		
FORACARE LANCETS	366, 437	G					
formoterol fumarate	510	gabapentin	152				
FOSAMAX PLUS D	275	GALAFOLD	475				
fosamprenavir	63	galantamine	197				
fosfomycin tromethamine	45, 318	Gallifrey	292				
fosinopril	126	GALZIN	41				
fosinopril-hydrochlorothiazide	125	GAMASTAN	106				
FOSRENOL	315	GAMIFANT	344				
FOTIVDA	86	GAMMAGARD LIQUID	106				
FRAGMIN	336, 337	GAMMAGARD S-D (IGA < I MCG/ML)	106				
FRAICHE 5000 PREVI	476	GAMMAKED	106				
FREEFLEX PLUS TRANSFER ADAPTER	402, 437	GAMMAPLEX	106				
FREESTYLE INSULINX	355, 437	GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	106				
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	355, 437	GAMUNEX-C	107				
FREESTYLE LANCETS	366, 437	ganirelix	291				
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	366, 438	GARDASIL 9 (PF)	119				
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	366, 438	GASTROMARK	251				
		gatifloxacin	496				
		GATTEX 30-VIAL	313				
		GATTEX ONE-VIAL	313				
		GAVILYTE-C	310				
		Gavilyte-G	310				
		Gavilyte-N	310				
		GAVRETO	89				

GLUCOCARD EXPRESSION 355, 439	GVOKE.....266	heparin lock flush (porcine) .. 334, 335
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS.....355, 440	GVOKE HYPOPEN 1-PACK ...266	HEPARIN
GLUCOCARD VITAL SENSOR.....356, 440	GVOKE HYPOPEN 2-PACK ...266	LOCKFLUSH(PORCINE)(PF)
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS.....356, 440	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....266	.....334, 335
GLUCOCOM GLUCOSE.....356, 440	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....266	heparin, porcine (pf) .....334, 335
GLUCOCOM LANCETS 367, 440	GYNAZOLE-1 .....519	HEPLISAV-B (PF).....104
glutamine (sickle cell).....256, 260, 340	H	HER STYLE.....214, 215
glyburide.....272	HAEGARDA .....324	HERCEPTIN .....95
glyburide micronized.....272	Hailey.....203	HERCEPTIN HYLECTA.....95
glyburide-metformin .....272	Hailey 24 Fe.....203	HERZUMA .....95
glycine urologic solution.....314	Hailey Fe 1.5/30 (28).....203	HETLIOZ LQ.....184
glycopyrrolate.....302, 479	Hailey Fe 1/20 (28).....203	HEXIOUNYL .....226
glycopyrrolate (pf).....302	HALAVEN.....83	HIBERIX (PF).....114
Glydo .....245	halcinonide.....236	HICON .....88
GLYRX-PF.....302	HALO CLOSED VIAL ADAPTOR.....402, 440	HIXDEFRIMA.....227
GLYXAMBI.....271	halobetasol propionate.....236	HIZENTRA.....107
GM100.....356, 440	Haloette.....213	HOMATROPAIRE.....486
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP.....356, 440	HALOG.....236, 237	huber safety needles (disp.) ..390, 441
GOJJI LANCETS.....368, 440	haloperidol.....168	HUMALOG KWIKPEN INSULIN.....288
GONAL-F.....280	haloperidol lactate.....168	HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100.....286
GONAL-F RFF.....280	HARMONY GLUCOSE TEST STRIP.....356, 440	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....286
GONAL-F RFF REDI-JECT.....280	HARVONI .....59	HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN.....286
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP.....356, 440	HAVRIX (PF).....102	HUMALOG U-100 INSULIN.....288
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST.....360, 440	HAXDRAX.....227	HUMATE-P.....328
GRAFIX CORE.....247	HEALON ENDOCOAT.....495	HUMATROPE.....283
GRAFIX PRIME.....247	HEALON GV PRO.....495	HUMIRA .....24, 27, 308
GRAFIX XC.....247	HEALON PRO.....495	HUMIRA PEN.....24, 27, 308
granisetron hcl.....297	HEALON5 PRO.....495	HUMIRA(CF).....25, 28, 308
GRANIX.....330	HEALTHPRO TEST STRIPS ..356, 440	HUMIRA(CF) PEN.....25, 28, 308
GRASTEK.....100	HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET.....368, 441	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.....24, 27, 308
GREEN GLO.....491	Heather.....210	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....25, 27, 308
griseofulvin microsize.....46	HEMA-COMBISTIX.....252, 441	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....25, 27, 308
griseofulvin ultramicrosize.....46	HEMANGEOL.....138	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN.....284
guanfacine.....142, 172	HEMLIBRA.....330	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....284
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR.....368, 440	HEMOFIL M HIGH.....328	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN.....285
GUARDIAN 4 TRANSMITTER.....368, 440	HEMOFIL M LOW.....328	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN.....285
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER.....368, 440	HEMOFIL M MID.....328	HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN.....285
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER.....368, 440	HEMOFIL M SUPER HIGH ...328	
GUARDIAN SENSOR 3 ..368, 440	HEP FLUSH-10 (PF).....334, 335	
	HEPAGAM B.....108	
	heparin (porcine).....335	
	heparin (porcine) in 0.9% nacl.....334, 335	
	heparin (porcine) in 5 % dex ..335	

HUMULIN R U-500 (CONC)	HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC	INCONTROL ALCOHOL PADS
INSULIN 285	STARTER 25, 28, 309	..... 98
HUMULIN R U-500 (CONC)	HYRIMOZ PEN PSORIASIS	INCONTROL SUPER THIN
KWIKPEN 286	STARTER 25, 28, 309	LANCETS 368, 441
HYALGAN 347	HYRIMOZ(CF) 25, 28, 309	INCONTROL ULTRA THIN
HYCAMTIN 90	HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN	LANCETS 368, 441
hydralazine 142	STARTER 25, 28, 309	INCRELEX 289
HYDRO 35 240	HYRIMOZ(CF) PEN ... 25, 28, 309	INCRUSE ELLIPTA 509
hydrochlorothiazide 144	HYSINGLA ER 16	indapamide 144
hydrocodone bitartrate 16	I	INDICAID COVID-19 AG HOME
hydrocodone-acetaminophen 20	ibandronate 275	TEST 360, 441
hydrocodone-chlorpheniramine	IBRANCE 78	indium-111 chloride 254
..... 517	IBSRELA 304	indomethacin 36, 37
hydrocodone-homatropine ... 517,	Ibu 36	INFANRIX (DTAP) (PF) 112
518	ibuprofen 36	INFASURF 515
hydrocodone-ibuprofen 20	icatibant 138	INFINITY TEST STRIPS .. 356, 441
hydrocortisone ... 39, 237, 281, 306	Iclevia 203	INFLECTRA 25, 28, 309
hydrocortisone acetate 39	ICLUSIG 84	infiximab 25, 28, 309
hydrocortisone butyrate 237	IDARAN 244	INFUGEM 74
hydrocortisone sod succinate 281	idarubicin 91	INGREZZA 187, 188
hydrocortisone valerate 237	IDELVION 326	INGREZZA INITIATION
hydrocortisone-acetic acid 502	IDHIFA 84	PK(TARDIV) 187, 188
hydrocortisone-iodoquinol 228	IDOSE TR 498	INGREZZA SPRINKLE ... 187, 188
hydrocortisone-iodoquinol-aloe	IDYYXIATAR 220	INJECT EASE LANCETS 368, 441
..... 225	IFE-BIMIX 30/1 255	INJECTAFER 259
hydrocortisone-pramoxine 39,	ifosfamide 69	INLYTA 87
237, 239	IGALMI 191	INPEFA 264
Hydromet 518	IHEALTH COVID-19 AG HOME	INPEN (FOR HUMALOG) BLUE
hydromorphone 16	TEST 360, 441	..... 374, 441
hydromorphone (pf) 16	IHEALTH GLUCOSE TEST	INPEN (FOR HUMALOG) GREY
hydromorphone (pf)-0.9 % nacl	STRIP 356, 441	..... 374, 441
..... 16	IHEEZO (PF) 492	INPEN (FOR HUMALOG) PINK
hydroquinone 232	ILARIS (PF) 23	..... 375, 442
hydroxocobalamin 263	ILEVRO 489	INPEN (NOVOLOG OR FIASP)
hydroxychloroquine 29, 47	ILUMYA 221	BLUE 375, 442
hydroxyurea 74	ILUVIEN 487	INPEN (NOVOLOG OR FIASP)
hydroxyzine hcl 148	imatinib 87	GREY 375, 442
hydroxyzine pamoate 148	IMBRUVICA 77, 87	INPEN (NOVOLOG OR FIASP)
HYFTOR 242	IMCIVREE 521	PINK 375, 442
HYMOVIS 347	IMDELLTRA 67	INQOVI 94
hyoscyamine sulfate 301, 302, 319	IMFINZI 92	INREBIC 81
HYOSYNE 302, 319	imipenem-cilastatin 56	insulin asp prt-insulin aspart 286
HYPERHEP B 108	imipramine hcl 162	insulin aspart u-100 288
HYPERHEP B NEONATAL 108	imipramine pamoate 162	insulin lispro 288, 289
HYPERRHO SID 108	imiquimod 239	insulin lispro protamin-lispro 286
HYPERSAL 196	IMJUDO 78	INTEGRA PRECISIONGLIDE
HYPOCYN ANTIPRURITIC 99,	IMPAVIDO 48	NEEDLE 391, 442
249	IMVEXXY MAINTENANCE	INTEGRA SYRINGE 391, 442
HYPODERMIC NEEDLES 391,	PACK 291	INTELENCE 51
441	IMVEXXY STARTER PACK 291	INTELISWAB COVID-19 HOME
HYQVIA 107	INBRIJA 164	TEST 360, 442
HYQVIA HY COMPONENT .. 294	Incassia 210	INTERLINK SYRINGE AND
HYQVIA IG COMPONENT 107		CANNULA 391, 442

INTRAROSA	291	Jasmiel (28)	204	ketoconazole	45, 227
INVACARE LANCETS	368, 442	JATENZO	267	KETODAN KIT	227
INVEGA HAFYERA	166	Javygtor	475	KETO-DIASTIX	409, 442
INVEGA SUSTENNA	166	JAYPIRCA	77, 87	KETONE CARE	409, 442
INVEGA TRINZA	166, 167	JEMPERLI	92	KETONE URINE TEST ..	409, 442
INVELTYS	487	Jencycla	210	ketoprofen	36
INVOKAMET	270	JENTADUETO	273	ketorolac	35, 489
INVOKAMET XR	270	JENTADUETO XR	273	KETOSTIX	409, 442
INVOKANA	272	JESDUVROQ	321	KEVARAXAP	232
INZDEAXIAVAR	219	JEVTANA	89	KEVARTIA	232
IODOFLEX	99	Jinteli	277	KEYEYIS	345
IODOSORB	99	JIVI	328	KEZARA	32
IOPIDINE	497	JOENJA	474	KEYTRUDA	92
IPOL	122	JOLESSA	204	KHAPZORY	96, 97
ipratropium bromide	510, 516	JORNAY PM	174	KIMMTRAK	96
ipratropium-albuterol	511	Joyeaux	204	KIMONO LUBRICATED	
IQIRVO	341	Juleber	204	CONDOMS	375, 443
irbesartan	128	JULIE	214, 215	KIMONO MICROTHIN AQUA	
irbesartan-hydrochlorothiazide		JULUCA	50	LUBE CON	375, 443
.....	127	Junel 1.5/30 (21)	204	KIMONO MICROTHIN	
irinotecan	90	Junel 1/20 (21)	204	CONDOMS	376, 443
IRRIGATION SYRINGE ..	391, 442	Junel Fe 1.5/30 (28)	204	KIMONO MICROTHIN LARGE	
ISENTRESS	49, 50	Junel Fe 1/20 (28)	204	CONDOMS	376, 443
ISENTRESS HD	49	Junel Fe 24	204	KIMONO TEXTURED	
Isibloom	204	JUST RIGHT 5000	476	CONDOMS	376, 443
isoflurane	38	JUXTAPID	137	KIMONO THIN LUBRICATED	
isoniazid	55	JYLAMVO	29, 72	CONDOMS	376, 443
isosorbide dinitrate	128	JYNARQUE	316	KINERET	32
isosorbide mononitrate ..	128, 129	K		KINRIX (PF)	112
isosorbide-hydralazine	148	KADCYLA	72, 93	Kionex (With Sorbitol)	257
isotretinoin	216	Kaitlib Fe	204	Kiprofen	36
isradipine	140	KALBITOR	145	KISQALI	78
ISTODAX	80	Kalliga	204	kit for tc 99m-sod thiosulfate	254
ISTURISA	265	KALYDECO	514	KLARITY (CHONDROITIN) (PF)	
itraconazole	46	KANJINTI	95	.....	482
IV PREP WIPES	98	KANUMA	471	Klayesta	226
ivabradine	144	KAPSPARGO SPRINKLE	137	KLISYRI	229
ivermectin	44, 244	KARBINAL ER	504, 505	Klor-Con M10	259
IWILFIN	66	Kariva (28)	200	Klor-Con M15	259
IXEMPRA	79	KATARAXAP	232	Klor-Con M20	259
IXINITY	326	KATARVIA	232	KLOXXADO	42
IYUZEH (PF)	498	KCENTRA	325	KOATE	328
IZERVAY (PF)	482, 493	Kelnor 1/35 (28)	204	KOGENATE FS	328
J		Kelnor 1-50 (28)	204	KORLYM	270
Jaimiess	200	KEMOPLAT	85	KOSELUGO	83
JAKAFI	81	KEPIVANCE	310	KOTARAXAP	232
Jantoven	323	KERALYT SCALP COMPLETE		KOVALTRY	329
JANUMET	273	.....	240	KOVANAZE	477
JANUMET XR	273	KERASTAT	234	K-PHOS NO 2	317
JANUVIA	269	KERENDIA	126	K-PHOS ORIGINAL	317
JARDIANCE	272	KESIMPTA PEN	479	KRAZATI	81
				KRINTAFEL	47

KRYSTEXXA.....	321	LEQEMBI.....	196	LINZESS.....	298, 304
Kurvelo (28).....	204	Lessina.....	205	liothyronine.....	294
KUTAR.....	232	letrozole.....	75	LIQREV.....	147
KUTARVIA.....	233	leucovorin calcium.....	96, 97	LIQUID E-Z PAQUE.....	250
KYLEENA.....	199	LEUKERAN.....	69	LIQUID POLIBAR PLUS.....	250
KYPROLIS.....	86	LEUKINE.....	331	liraglutide.....	270
KYZATREX.....	267	leuprolide.....	82	lisdexamfetamine.....	174
L		leuprolide (3 month).....	82	lisinopril.....	126
<i>l</i> norgest/e.estradiol-e.estrad 200, 210		levabuterol hcl.....	511	lisinopril-hydrochlorothiazide|25	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	245	levabuterol tartrate.....	511	LITE TOUCH-MEDIUM MASK	405, 443
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT- TETRA)	246	levamlodipine.....	140	LITEAIRE MDI CHAMBER	405, 443
labetalol.....	126	LEVEMIR FLEXPEN	287	LITETOUCH-LARGE MASK	405, 443
LABSTIX REAGENT	252, 443	LEVEMIR U-100 INSULIN	287	LITETOUCH-SMALL MASK	405, 443
lacosamide.....	152	levetiracetam.....	157	LITFULO	216
lactated ringers.....	258	levobunolol.....	492	lithium carbonate.....	181
lactulose.....	298, 310	levocarnitine.....	255, 473	lithium citrate.....	181
LAGEVRIO (EUA)	64	levocarnitine (with sugar).....	473	LITHOSTAT	317
LAMICTAL XR STARTER (BLUE)	155	levocetirizine.....	505	LIVALO	134
LAMICTAL XR STARTER (GREEN)	155	levofloxacin.....	57, 496	LIVDELZI	341
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE)	156	levoleucovorin calcium.....	96, 97	LIVMARLI	342
lamivudine.....	52, 58	Levonest (28).....	211	LIVTENCITY	57
lamivudine-zidovudine.....	54	levonorgest-eth.estradiol-iron205		L-MESITRAN SOFT	249
lamotrigine.....	156, 179	levonorgestrel.....	214, 215	LO LOESTRIN FE	200
LAMPIT	47	levonorgestrel-ethinyl estrad.205		Loestrin 1.5/30 (21).....	205
LAMZEDE	470	levonorg-eth estrad triphasic 211		Loestrin 1/20 (21).....	205
lancets.....	368, 443	Levora-28.....	205	Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day) ...	206
LANCETS, SUPER THIN	368, 443	levorphanol tartrate.....	16	Loestrin Fe 1/20 (28-Day).....	206
LANCETS, THIN	368, 443	levothyroxine.....	294	lofexidine.....	191
LANCETS, ULTRA THIN	368, 443	LEVULAN	243	Lojaimiess.....	200
LANOXIN	142	LIBERVANT	151, 177	LOKELMA	257
lanreotide.....	292	LIBTAYO	92	LOMAIRA	521
lansoprazole.....	300	LICART	243	LONSURF	75
lanthanum.....	315	LIDO BDK	410	loperamide.....	295
lapatinib.....	68	lidocaine.....	39, 246	lopinavir-ritonavir.....	53
Larin 1.5/30 (21).....	205	lidocaine hcl.....	38, 246, 478	LOQTORZI	92
Larin 1/20 (21).....	205	lidocaine hcl-hydrocortison ac39, 40, 239		lorazepam.....	149, 177
Larin 24 Fe.....	205	Lidocaine Viscous.....	478	Lorazepam Intensol.....	149, 177
Larin Fe 1.5/30 (28).....	205	lidocaine-hydrocortisone-aloe 40		LORBRENA	70
Larin Fe 1/20 (28).....	205	lidocaine-prilocaine.....	242	Loryna (28).....	206
latanoprost.....	498	lidocaine-racepinep-tetracaine	246	losartan.....	128
LAYOLIS FE	205	Lidocan Iii.....	246	losartan-hydrochlorothiazide|27	
LAZCLUZE	68	Lidocan Iv.....	246	LOTEMAX	487
LEENA 28	211	Lidocan V.....	246	LOTEMAX SM	488
leflunomide.....	34	LIDOPIN	246	loteprednol etabonate.....	488
LEMTRADA	479	LIDTOPIC	246	LOTREXONE	15
lenalidomide.....	90	LIDTOPIC MAX	246	lovastatin.....	134
LENVIMA	87	LIFESHIELD BLUNT CANNULA	391, 443	Low-Ogestrel (28).....	206
		LIKMEZ	48	loxapine succinate.....	169
		LILETTA	199	Lo-Zumandimine (28)	206
		linezolid	62		

<i>lubiprostone</i>	304, 310	<i>malathion</i>	248	MENEST	279
LUCEMYRA	191	<i>maraviroc</i>	48	MENOPUR	279
LUCENTIS	493, 498	MARGENZA	95	MENOSTAR	279
LUCIRA CHECK-IT COVID		<i>Marlissa (28)</i>	206	MENQUADFI (PF)	115
HOME TST	360, 444	MARPLAN	158	MENTAX	226
LUER LOCK SYRINGE	391, 444	MARVONA SUIK (PF)	39	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY		MATULANE	69	.....	115
.....	391, 444	<i>Matzim La</i>	139	<i>meperidine</i>	17
LUER-LOK TIP	391, 444	MAVENCLAD (10 TABLET		<i>meperidine (pf)</i>	16
LUGOLS	99	PACK)	481	<i>meprobamate</i>	149
<i>luliconazole</i>	227	MAVENCLAD (4 TABLET PACK)		MEPSEVII	472
LUMAKRAS	81	.....	481	<i>mercaptopurine</i>	73
LUMIGAN	498	MAVENCLAD (5 TABLET PACK)		<i>Merzee</i>	206
LUMIZYME	472	.....	481	<i>mesalamine</i>	305
LUMRYZ	188	MAVENCLAD (6 TABLET PACK)		<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	
LUNSUMIO	67	.....	481	.....	306
LUPKYNIS	342	MAVENCLAD (7 TABLET PACK)		MESNEX	97
LUPRON DEPOT	82, 290	.....	481	<i>Metadate Er</i>	174
LUPRON DEPOT (3 MONTH)		MAVENCLAD (8 TABLET PACK)		<i>metaxalone</i>	349
.....	82, 290	.....	481	<i>metformin</i>	289
LUPRON DEPOT (4 MONTH)		MAVENCLAD (9 TABLET PACK)		<i>methacholine chloride</i>	253
.....	82	.....	481	<i>methadone</i>	17
LUPRON DEPOT (6 MONTH)		MAVYRET	59	<i>Methadone Intensol</i>	17
.....	82	MAXIDEX	488	<i>Methadose</i>	17
LUPRON DEPOT-PED	290	MAYZENT	481	<i>methamphetamine</i>	174, 182
LUPRON DEPOT-PED (3		MAYZENT STARTER(FOR IMG		<i>methazolamide</i>	142
MONTH)	290	MAINT)	482	<i>methenamine hippurate</i> ..	62, 317
<i>lurasidone</i>	165, 166	MAYZENT STARTER(FOR 2MG		<i>methenamine mandelate</i> ..	62, 317
LUTATHERA	84, 88	MAINT)	482	<i>methen-sod phos-meth blue-</i>	
<i>Lutera (28)</i>	206	MB HYDROGEL	233	<i>hyos</i>	62, 318
LYBALVI	170, 172, 180	<i>Md-Gastroview</i>	251	<i>methimazole</i>	274
<i>Lyleq</i>	210	<i>meclizine</i>	296	METHITEST	267
<i>Lyllana</i>	279	<i>meclofenamate</i>	34	<i>methocarbamol</i>	349
LYNPARZA	85	<i>mecobalamin (vitamin b12)</i> ...263		<i>methotrexate sodium</i>	29, 72
LYSODREN	71	MEDISENSE THIN LANCETS		<i>methotrexate sodium (pf)</i> ..	29, 72
LYTGOBI	80	.....	368, 444	<i>methoxsalen</i>	229
LYUMJEV KWIKPEN U-100		MEDLANCE PLUS LANCETS		<i>methscopolamine</i>	302
INSULIN	289	.....	368, 444	<i>methsuximide</i>	157
LYUMJEV KWIKPEN U-200		MEDLANCE PLUS SPECIAL		<i>methyl dopa</i>	142
INSULIN	289	BLADE	368, 444	<i>methyl dopa-hydrochlorothiazide</i>	
LYUMJEV U-100 INSULIN	289	MEDROL	281	.....	141
<i>Lyza</i>	210	MEDROLOAN II SUIK	281	<i>methylergonovine</i>	291
M		MEDROLOAN SUIK	281	<i>methylphenidate</i>	175
<i>mafenide acetate</i>	231	<i>medroxyprogesterone</i>	198, 292	<i>methylphenidate hcl</i>	174, 175,
MAGELLAN SAFETY NEEDLE		<i>mefenamic acid</i>	34	189	
.....	391, 444	<i>mefloquine</i>	47	<i>methylprednisolone</i>	281
MAGELLAN SAFETY SYRINGE		<i>megestrol</i>	86, 522	<i>methyltestosterone</i>	267
.....	392, 444	MEKINIST	83	<i>metoclopramide hcl</i>	301
MAGELLAN SYRINGE	392, 444	MEKTOVI	83	<i>metolazone</i>	144
MAGELLAN TUBERCULIN		<i>meloxicam</i>	35	METOPIRON	253
SAFETY SYR	392, 444	<i>melphalan hcl</i>	69	<i>metoprolol succinate</i>	137
		<i>memantine</i>	197		

metoprolol ta-hydrochlorothiaz	misoprostol	MONOJECT MAGELLAN
..... 141	301	SYRINGE .....393, 394, 447, 448
metoprolol tartrate 137	mitomycin 91, 92	MONOJECT MEDICATION
metronidazole 48, 244, 519	mitomycin (pf) in water 486	TRANSF NDL.....394, 448
metyrosine 145	MITOSOL 486	MONOJECT PHARMACY TRAY
mexiletine 130	mitoxantrone 91	LUER.....394, 448
Mibelas 24 Fe 206	MKO (MIDAZOLAM-	MONOJECT PHARMACY TRAY
miconazole nitrate-zinc ox-pet	KETAMINE-ONDAN) 38	REG TIP .....394, 448
.....227	M-M-R II (PF) ..109, 121, 122, 123,	MONOJECT REG TIP NON-
MICONAZOLE-3 519	124	STERILE .....394, 448
MICRHOGAM ULTRA-	MOBILE LANCETS 368, 445	MONOJECT REGULAR LUER
FILTERED PLUS 108	modafinil 189	.....394, 395, 448, 449
MICRO BLOOD GLUCOSE 356,	MODERNA COVID 24-25(6M-	MONOJECT SAFETY LUER
444	11Y)PF 118	LOCK TIP .....395, 449
MICRO THIN LANCETS 368, 444	moexipril 126	MONOJECT SAFETY SYRINGES
MICROCHAMBER.....405, 444	molindone 169	.....395, 449
MICRODOT BLOOD GLUCOSE	mometasone 237, 516	MONOJECT SMARTIP
SYSTEM .....356, 444	Mondoxyne NI 65	CANNULA .....395, 449
MICRODOT LANCET.....368, 445	MONJUVI 77	MONOJECT SYRINGE ...396, 450
MICRODOT XTRA BLOOD	MONOJECT 140CC PISTON	MONOJECT SYRINGE
GLUCOSE .....356, 445	SYRINGE.....392, 445	ECCENTRI LUER .....395, 449
Microgestin 1.5/30 (21) 206	MONOJECT 35CC SYRINGE	MONOJECT SYRINGE LUER
Microgestin 1/20 (21) 206	CATH TIP.....392, 445	LOK.....396, 450
Microgestin Fe 1.5/30 (28) 206	MONOJECT 3CC SYR 25GXI	MONOJECT SYRINGE
Microgestin Fe 1/20 (28) 207	.....392, 445	REGULAR LUER.....396, 450
MICROLET LANCET.....368, 445	MONOJECT ALLERGY TRAY	MONOJECT SYRINGE
microplegic solution no. 1 499	.....392, 445	TOOMEY TYPE .....396, 450
microplegic solution no. 1-cp2d	MONOJECT ALLERGY TRAY	MONOJECT TB .....397, 451
.....499	DETACH.....392, 445	MONOJECT TB LUER LOK .396,
MICROSPACER.....406, 445	MONOJECT BLOOD	450
midazolam 38, 177, 190	COLLECTION .....350, 445	MONOJECT TB REGULAR
midazolam (pf) 38, 177	MONOJECT CONTROL	LUER TIP.....396, 450
midodrine 141	SYRINGE LUER.....392, 445	MONOJECT TB SAFETY
MIEBO (PF) 483	MONOJECT DISPOSABLE	SYRINGE .....397, 451
MIFEPREX 265	SYRINGE.....392, 446	MONOJECT TUBERCULIN
mifepristone 265, 270	MONOJECT ECCENTRIC	SYRINGE .....397, 451
miglitol 268	NON-STERILE.....392, 446	MONOLET LANCETS ...369, 451
miglustat 473	MONOJECT ENFIT STERILE	MONOLET THIN LANCETS 369,
Mili 207	SYRINGE.....362, 446	451
Mimvey 277	MONOJECT ENFIT SYRINGE	Mono-Linyah 207
MINIMED 630G INSULIN	.....362, 446	MONOVISC 348
PUMP .....409, 445	MONOJECT ENFIT SYRINGE	MONSEL'S 333
MINIMED 780G INSULIN	CAP.....362, 446	montelukast 508
PUMP .....409, 445	MONOJECT FILTER	morphine 17, 18
minocycline 33, 65	ASPIRATOR.....393, 446	morphine (pf) 17
minoxidil 142	MONOJECT FILTER NEEDLE	morphine concentrate 17
MIRENA 199	.....393, 447	morphine in 0.9 % sodium chlor
MIRO3D 248	MONOJECT HYPODERMIC	..... 17
MIRODERM FENESTRATED 248	NEEDLES.....393, 447	MOTTEGRITY 301
MIRODERM FENESTRATED	MONOJECT HYPODERMIC	MOTPOLY XR 152
PLUS.....248	POLYPROPYL.....393, 447	MOUNJARO 269
MIROTRACT 248	MONOJECT LUER-LOCK TIP	MOVANTIK 42
mirtazapine 158	.....393, 447	MOXATAG 43

<i>moxifloxacin</i>	57, 496	NAMENDA XR	197	NEXA PLUS	261
MULPLETA	341	NAMZARIC	197	NEXAVIR	242
MULTAQ	130	<i>naproxen</i>	36	NEXIUM PACKET	300
MULTI-DRAW NEEDLE	351, 451	<i>naproxen sodium</i>	36	NEXLETOL	131
MULTISTIX	252, 452	<i>naratriptan</i>	186	NEXLIZET	136
MULTISTIX 10 SG	252, 451	NATACYN	497	NEXOBRID	231
MULTISTIX 5	252, 451	NATAZIA	210	NEXOBRID POWDER	
MULTISTIX 7	252, 451	<i>nateglinide</i>	270	COMPONENT	231
MULTISTIX 8 SG	252, 451	NATESTO	267	NEXPLANON	198
MULTISTIX 9	252, 452	NAYZILAM	151, 178	NEXTSTELLIS	207
MULTISTIX 9 SG	252, 451	<i>nebivolol</i>	137	NEXVIAZYME	472
<i>mupirocin</i>	224	NEBUSAL	196	NGENLA	283
<i>mupirocin calcium</i>	224	Necon 0.5/35 (28)	207	<i>niacin</i>	135
MUSCUSOLICE	243	<i>needle (disp) 16 g</i>	397, 452	Niacor	135
<i>Mutamycin</i>	92	<i>needle (disp) 18 g</i>	397, 452	<i>nicardipine</i>	140
MVASI	67	<i>needle (disp) 19 g</i>	397, 452	<i>nicotine</i>	194
MY CHOICE	214, 215	<i>needle (disp) 23 gauge</i>	397, 452	<i>nicotine (polacrilex)</i>	193, 194
MY WAY	214, 215	<i>needles, huber disposable</i>	397, 452	NICOTROL NS	194
MYALEPT	289	<i>nefazodone</i>	160	<i>nifedipine</i>	140
MYCAPSSA	292	NEFFY	141	Nikki (28)	207
<i>mycophenolate mofetil</i>	31, 343	<i>nelarabine</i>	73	<i>nilutamide</i>	71
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	31, 343	NEMLUVIO	215	<i>nimodipine</i>	139
<i>mycophenolate sodium</i>	343	NENDRUX	240	NINLARO	86
MYDCOMBI	483	<i>neomycin</i>	43	NIPENT	73
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	494	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	484	<i>nisoldipine</i>	140
MYFEMBREE	290	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	495	<i>nitazoxanide</i>	48
MYGLUCOHEALTH	356, 452	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	314	<i>nitisinone</i>	473
MYGLUCOHEALTH LANCETS	369, 452	<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	485	Nitro-Bid	129
MYHIBBIN	343	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	495	NITRO-DUR	129
MYLERAN	68	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	485, 502	<i>nitrofurantoin</i>	45, 318
MYLOTARG	72, 93	Neo-Polycin	495	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	45, 318
MYNATAL	261	Neo-Polycin Hc	485	<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst</i>	45, 318
MYNATAL ADVANCE	261	NEORAL	31, 32, 343	<i>nitroglycerin</i>	39, 129
MYNATE 90 PLUS	261	NEO-SYNALAR	225	NITRO-TIME	129
MYOBLOC	348	NEO-SYNALAR KIT	225	NITYR	473
MYRBETRIQ	315	NERLYNX	68	NIVESTYM	331
MYTESI	295	<i>Neuac</i>	218	<i>nizatidine</i>	299
MYXREDLIN	286	NEULASTA	330	NOCDURNA (MEN)	268
N		NEULASTA ONPRO	330	NOCDURNA (WOMEN)	268
NABI-HB	108	NEULUMEX	250	NOKOR NEEDLE	397, 452
<i>nabumetone</i>	35	NEUPOGEN	330	NORA-BE	210
<i>nadolol</i>	138	NEUPRO	165	NORDITROPIN FLEXPPO	283
<i>naftifine</i>	225, 226	NEURAPTINE	243	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	212
NAGLAZYME	472	NEUTEK 2TEK TEST STRIPS	356, 452	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i>	207
<i>nalbuphine</i>	22	NEVANAC	489	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	210
<i>naloxone</i>	42	<i>nevirapine</i>	51	<i>norethindrone acetate</i>	292
NALTREX	15	NEW DAY	214, 215	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	207, 277
<i>naltrexone</i>	193				

norethindrone-e.estradiol-iron	207, 211	NUMOISYN	15, 477	olmesartan-amlodipin-hcthiazyd	127
norgestimate-ethinyl estradiol	207, 211	NUPLAZID	171	olmesartan-hydrochlorothiazide	127
NORMAL SALINE FLUSH	262	NURTEC ODT	185	olopatadine	487, 516
NORM-JECT	397, 452	NUTROPIN AQ NUSPIN	283	OLPRUVA	474
NORM-JECT TUBERKULIN	397, 452	NUVARING	213	OLUMIANT	33, 216
NORMLGEL AG	224	NUVESSA	519	OMECLAMOX-PAK	303
NORPACE CR	129	NUWIQ	329	omega-3 acid ethyl esters	135
Nortrel 0.5/35 (28)	207	NUZYRA	43, 65	omeprazole	300
NORTREL 1/35 (21)	207	Nyamyc	226	omeprazole-sodium bicarbonate	301
Nortrel 1/35 (28)	207	Nylia 1/35 (28)	208	OMEZA	249
Nortrel 7/7/7 (28)	211	Nylia 7/7/7 (28)	211	OMNARIS	516
nortriptyline	162	NYMALIZE	139, 140	OMNIFLEX DIAPHRAGM	361, 453
NORVIR	64	NYNUTEY	246	OMNIPAQUE	251
NO-STICK GLUCOSE	409, 452	nystatin	45, 226, 477	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	407, 453
NOURIANZ	163	nystatin-triamcinolone	228	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	407, 453
NOVA MAX GLUCOSE TEST	356, 452	Nystop	226	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	408, 453
NOVA SAFETY LANCETS	369, 452	NYVEPRIA	331	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	408, 453
NOVA SUREFLEX LANCETS	369, 452	O		OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	375, 453
NOVAREL	284	OBAGI ELASTIDERM	232	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	408, 453
NOVAVAX COVID 2024- 25(PF)(EUA)	118	OBAGI NU-DERM BLENDER	232	OMNIPOD GO PODS	408, 454
NOVOEIGHT	329	OBAGI NU-DERM CLEAR	232	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	408, 453
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	284	OBAGI NU-DERM SUNFADER	233	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	408, 453
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- 100	285	OBAGI-C CLARIFYING SERUM	233	OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	408, 453
NOVOLIN N FLEXPEN	285	OBAGI-C THERAPY NIGHT	233	OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	408, 454
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	285	OBIZUR	329	OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	408, 454
NOVOLIN R FLEXPEN	286	OBSTETRIX DHA	261	OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	408, 454
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	286	OBSTETRIX EC	261	OMNITROPE	283
NOVOSEVEN RT	326	OBSTETRIX ONE	260, 261	OMVOH	305
NOXAFIL	46	OCALIVA	342	OMVOH PEN	305
NP THYROID	293	OCELLA	208	ON CALL EXPRESS TEST STRIP	356, 454
NPLATE	341	OCREVUS	479	ON CALL LANCET	369, 454
NUBEQA	71	OCTAGAM	107	ON CALL PLUS LANCET	369, 454
NUCALA	508	octreotide acetate	293, 313	ON CALL PLUS TEST STRIP	356, 454
NUCORT	238	ODACTRA	100		
NUCYNTA	18	ODEFSEY	55		
NUCYNTA ER	18	ODOMZO	80		
NUEDEXTA	190	OFEV	87, 518		
NUJO	232	ofloxacin	57, 496, 502		
NULIBRY	471	OGIVRI	95		
NULOJIX	344	OGSIVEO	66		
NUMBONEX	246	OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST	360, 452		
NUMBRINO	515	OHTUVAYRE	503		
		OJEMDA	76		
		OJJAARA	66		
		olanzapine	170, 180		
		olanzapine-fluoxetine	161, 170, 180		
		olmesartan	128		

ON CALL VIVID TEST STRIP 357, 454	ORALAIR 100	oxycodone 18
ONCASPAR 76	Oralone 478	oxycodone-acetaminophen 21
ondansetron 297	ORAMAGICRX 478	OXYCONTIN 18
ondansetron hcl 297	ORAQIX 477	oxymorphone 18
ONETOUCH DELICA PLUS	ORAVIG 45	OXYTROL 320
LANCET 369, 454	ORENCIA 30	OZEMPIC 270
ONETOUCH DELICA SAFETY	ORENCIA (WITH MALTOSE) 30	OZURDEX 488
LANCET 369, 454	ORENCIA CLICKJECT 30	P
ONETOUCH ULTRA TEST .. 357, 454	ORENITRAM 146	Pacerone 130
ONETOUCH ULTRASOFT 2	ORENITRAM MONTH 1	paclitaxel 90
LANCET 369, 454	TITRATION KT 146	paclitaxel protein-bound 90
ONETOUCH VERIO TEST	ORENITRAM MONTH 2	PACNEX HP 219
STRIPS 357, 454	TITRATION KT 146	PACNEX LP 219
ONGENTYS 164	ORENITRAM MONTH 3	PADCEV 72, 94
ON-GO COVID-19 AG AT	TITRATION KT 146	PALFORZIA (LEVEL 1) 111
HOME TEST 361, 454	ORFADIN 473	PALFORZIA (LEVEL 2) 111
ONIVYDE 90	ORGOVYX 82	PALFORZIA (LEVEL 3) 111
ONPATTRO 267	ORIAHNN 290	PALFORZIA (LEVEL 4) 111
ON-THE-GO LANCETS 369, 454	ORLISSA 291	PALFORZIA (LEVEL 5) 111
ONTRUZANT 96	ORKAMBI 514	PALFORZIA (LEVEL 6) 111
ONUREG 74	ORLADEYO 146	PALFORZIA (LEVEL 7) 111
ONYDA XR 172	orlistat 521	PALFORZIA (LEVEL 8) 111
ONZDEAXIADEMTAR 219	Ormalvi 345	PALFORZIA (LEVEL 9) 111
ONZDEAXIADEMPVAR 219	orphenadrine citrate 349	PALFORZIA (LEVEL 10) 111
ONZDEAXIAZAR 219	orphenadrine-asa-caffeine 349	PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) 111
OPCICON ONE-STEP ... 214, 215	ORSERDU 88	PALFORZIA INITIAL DOSE .. 111
OPDIVO 93	ORTHO MICRONOR 210	PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE 112
OPDUALAG 75	ORTHO TRI-CYCLEN (28) ... 211	paliperidone 167
OPFOLDA 472	ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 211	PALYNZIQ 475
OPILL 210	ORTHOVISC 348	PANCREAZE 298
opium tincture 295	OSCIMIN 302, 319	PANDEL 237
OPSUMIT 147	OSCIMIN SL 302, 319	PANHEMATIN 323
OPSYNVI 124	oseltamivir 60	PANRETIN 229
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE 406, 455	OSPHERA 291	pantoprazole 300
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK 406, 455	OTEZLA 33, 230	PANZYGA 107
OPTICHAMBER DIAMOND VHC 406, 455	OTEZLA STARTER 34, 230	papaverine 145
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK 406, 455	OTREXUP (PF) 29	PARAGARD T 380A 198
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK 406, 455	OVACE PLUS 230, 231	paricalcitol 473
OPTION-2 214, 215	OVACE PLUS SHAMPOO 230	paromomycin 43
OPTIUM EZ 357, 455	OVIDREL 284	paroxetine hcl 160
OPTIUM TEST 357, 455	oxaliplatin 85	paroxetine mesylate(menop.sym) 291
OPTUMRX 357, 455	oxaprozin 36	PARSABIV 276
OPVEE 42	oxazepam 149, 178	PASER 55
OPZELURA 223	oxcarbazepine 154	PAXLOVID 64
ORACIT 317	OXERVATE 491	pazopanib 87
	OXIAICE 217	PEDIARIX (PF) 103, 113
	OXIAVAR 220	PEDMARK 97
	OXIAVARY 220	PEDVAX HIB (PF) 114
	oxiconazole 228	
	OXISTAT 228	
	OXLUMO 315	
	oxybutynin chloride 320	

peg 3350-electrolytes	311	phenytoin sodium extended ..	153	PONVORY	482
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c		PHESGO	96	PONVORY 14-DAY STARTER	
.....	311	PHEXXI	198	PACK	482
PEGASYS	58, 59	Philith	208	Portia 28	208
peg-electrolyte soln	311	PHOSPHOLINE IODIDE	483	PORTRAZZA	95
PEMAZYRE	80	PHOTREXA	484	posaconazole	46
pemetrexed	73	PHOTREXA CROSS-LINKING		potassium chloride	259
pemetrexed disodium	72, 73	KIT	484	potassium citrate	317
PEMFEXY	73	PHOTREXA VISCOUS	484	potassium iodide	258
PEMGARDA (EUA)	101	PHYSIOLYTE	258	POTELIGEO	77
PEMRYDI RTU	73	PHYSIOSOL IRRIGATION	258	povidone-iodine	497
PENBRAYA (PF)	116	phytonadione (vitamin k1)	264	PR BENZOYL PEROXIDE	220
penicillamine	33, 41	PIASKY	322, 339	PR CREAM	243
penicillin v potassium	63	PIFELTRO	51	PRADAXA	340
PENTACEL (PF)	113	pilocarpine hcl	478, 483	PRAKETAMIDE	247
pentamidine	62	PILOT COVID-19 AT-HOME		pralatrexate	73
PENTASA	306	TEST	361, 455	pralidoxime	40
pentazocine-naloxone	22	pimecrolimus	232	PRALUENT PEN	136
pentoxifylline	331	pimozide	169	pramipexole	165
Percocet	21	Pimtrea (28)	200	PRAMOSONE	239
PERFECT POINT SAFETY		pindolol	138	prasugrel	339
LANCETS	369, 455	pioglitazone	289	pravastatin	134
PERFECT POINT SAFETY		pioglitazone-glimepiride	272	praziquantel	44
NEEDLE	397, 455	pioglitazone-metformin	272	prazosin	145
perindopril erbumine	126	PIP BLOOD GLUCOSE TEST		PRECISION PCX PLUS TEST	
Periogard	477	STRIP	357, 455	.....	357, 456
PERJETA	95	PIP LANCET	369, 456	PRECISION PCX TEST	357, 456
permethrin	248	PIQRAY	85	PRECISION POINT OF CARE	
perphenazine	169	pirfenidone	518	TEST	357, 456
perphenazine-amitriptyline ..	161	piroxicam	35	PRECISION Q-I-D TEST	357, 456
PERSERIS	167	PISTON SYRINGE WITH ENFIT		PRECISION XTRA TEST	357, 456
PERTZYE	299	.....	362, 456	PRED MILD	488
PFIZER COVID 2024-25(5Y-		PLAN B ONE-STEP	214, 215	prednicarbate	237
11Y)PF	118	PLATINUM TEST STRIP	357, 456	prednisoln sp-moxiflox-bromfen	
PFIZER COVID 2024-25(6MO-		PLEGRIDY	480	.....	485
4Y)PF	119	PLENITY	520	prednisolone	281
PFLEX INSPIRATORY TRAINER		PLENITY (WELCOME KIT)	520	prednisolone acetate	488
.....	406, 455	PLENVU	311	prednisolone acetate (pf)	488
PHARMACIST CHOICE	357, 455	plerixafor	324	prednisolone acetate-bromfenac	
PHASEAL PROTECTOR	402, 455	PLUVICTO	84, 88	.....	491
PHEBURANE	474	PNEUMOVAX-23	116	prednisolone acetate-nepafenac	
PHEDRAX	226	PNV-DHA + DOCUSATE	262	.....	491
phenazopyridine	317	POCKET CHAMBER	406, 456	prednisolone sod ph-bromf (pf)	
phendimetrazine tartrate	521	PODOCON	240	.....	491
phenelzine	158	podofilox	241	prednisolone sod ph-moxiflox	
phenobarbital	150, 190	POLIBAR ACB	250	.....	485
phenoxybenzamine	145	POLIVY	72, 93	prednisolone sodium phosphate	
phentermine	521	POLY HUB NEEDLE	398, 456	.....	281, 488
phenylephrine hcl	491	Polycin	495	prednisolone-moxiflo-nepafenac	
phenyleph-tropicamide in water		polymyxin b sulf-trimethoprim		.....	486
.....	483	.....	495	prednisolone-moxifloxacin hcl	
Phenylek	153	POMALYST	90	.....	485
phenytoin	153	POMBILITI	472		

<i>prednisolone-moxiflox-bromfen</i>	486	PROCARE SPACER WITH		PURE COMFORT SAFETY	
<i>prednisolon-moxiflox-bromf(pf)</i>	486	CHILD MASK	406, 457	LANCETS	370, 457
<i>prednisone</i>	282	PROCHAMBER	406, 457	PURIXAN	73
PREDNISONE INTENSOL	282	<i>prochlorperazine</i>	296	PUSH BUTTON SAFETY	
<i>pregabalin</i>	152, 183	<i>prochlorperazine maleate</i>	169, 296	LANCETS	370, 457
PREGNYL	284	PROCORT	40	<i>pyrazinamide</i>	55
PREHEVBRIO (PF)	104	PROCRIT	325	<i>pyridostigmine bromide</i>	346
PREMARIN	279, 520	PROCTOFOAM HC	40	<i>pyridoxine (vitamin b6)</i>	263
PREMIER TEST STRIP	357, 456	<i>Procto-Med Hc</i>	39, 237	<i>pyrimethamine</i>	47
PREMIUM V10	357, 456	<i>Proctosol Hc</i>	39, 237	PYRUKYND	340
PREMPHASE	278	<i>Proctozone-Hc</i>	39, 238	PYTEST	251
PREMPRO	278	PROCYSBI	313, 314	PYTEST KIT	251
PRENAISSANCE	262	PRODIGY LANCETS	369, 457	Q	
PRENAISSANCE PLUS	262	PRODIGY NO CODING	358, 457	QALSODY	344
PRENATAL 19 (WITH		PRODIGY TWIST TOP LANCET		QBRELIS	126
DOCUSATE)	262	.....	369, 457	QBREXZA	225
PREPIDIL	265	PROFILNINE	326	QELBREE	176
PRESERA	233	<i>progesterone</i>	292	QINLOCK	87
PRESSURE ACTIVATED		<i>progesterone micronized</i>	292	QNASL	516
LANCETS	369, 456	PROGRAF	343	QSYMIA	520
<i>pretomanid</i>	55	PROLASTIN-C	515	QTERN	271
<i>Prevalite</i>	131	PROLEUKIN	81	QUADRACEL (PF)	113
PREVNAR 20 (PF)	116	PROLIA	292	QUARTETTE	210
PREVYMIS	57	PROMACTA	341	<i>quazepam</i>	178, 190
PREZCOBIX	53, 63	<i>promethazine</i>	296, 504, 505	<i>quetiapine</i>	170, 180
PREZISTA	63	<i>Promethazine Vc</i>	503	QUICKVUE AT-HOME COVID-	
PRIALT	15	<i>promethazine-codeine</i>	517	19 TEST	361, 457
PRIFTIN	55, 64	<i>promethazine-dm</i>	517	QUIDROXZAR	240
PRILOSEC	300	<i>promethazine-phenylephrine</i>	503	QUILLICHEW ER	175
<i>primaquine</i>	47	Promethegan	297, 504, 505	QUILLIVANT XR	175, 176
PRIMEAIRE	406, 456	PRONAL	240	<i>quinapril</i>	126
<i>primidone</i>	150	<i>propafenone</i>	130	quinapril-hydrochlorothiazide	
PRIMSOL	44	<i>proparacaine</i>	492	.....	125
PRIORIX (PF)	110, 121, 122, 123, 124	<i>propranolol</i>	138	<i>quinidine gluconate</i>	130
PRIVIGEN	108	propranolol-hydrochlorothiazid		<i>quinidine sulfate</i>	130
PRO COMFORT ALCOHOL		.....	144	<i>quinine sulfate</i>	47
PADS	98	<i>propylthiouracil</i>	274	QUINTET AC	358, 457
PRO COMFORT LANCET	369, 456	PROQUAD (PF)	110, 122, 123, 124	QUINTET GLUCOSE TEST	
PRO COMFORT SAFETY		<i>protriptyline</i>	162	STRIPS	358, 457
LANCET	369, 457	PROVISC	495	QUIT 2	194
PRO DNA COLLECTION	478	PROVOCHOLINE	253	QUIT 4	195
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP		PTS PANELS EGLU TEST STRIP		QULIPTA	185
.....	357, 457	.....	358, 457	QUTENZA	247
<i>probenecid</i>	321	PULMICORT FLEXHALER	507	QUVIVIQ	191
<i>probenecid-colchicine</i>	320	PULMOZYME	515	QVAR REDIHALER	507
PROCARE SPACER WITH		PURE COMFORT ALCOHOL		R	
ADULT MASK	406, 457	PADS	98	<i>rabeprazole</i>	300
		PURE COMFORT LANCETS	369, 457	RADICAVA	345
				RADICAVA ORS	345
				RADICAVA ORS STARTER KIT	
				SUSP	345

RADIOGARDASE	41	RETEVMO	89	roflumilast	509
RAGWITEK	101	RETIN-A MICRO PUMP	220	ROLVEDON	331
raloxifene	292	RETISERT	488	romidepsin	80
ramipril	126	RETROVIR	52	ropinirole	165
ranolazine	129	REVCovi	472	Rosadan	244
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST	361, 457	REVEAL TEST STRIP	358, 458	ROSULA	218
rasagiline	164	REXULTI	172	ROSULA CLEANSING CLOTHS	218
RASUVO (PF)	29, 30	REYATAZ	64	rosuvastatin	135
RAVICTI	474	REYVOW	186	ROTARIX	110, 123
RAYALDEE	473	REZDIFFRA	341	ROTATEQ VACCINE	110, 123
READI-CAT 2	250	REZLIDHIA	84	ROXYBOND	19
REBIF (WITH ALBUMIN)	480	REZUROCK	34	ROZLYTREK	87
REBIF REBIDOSE	480	RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	108	RUBRACA	85
REBIF TITRATION PACK	480	RHOPHYLAC	108	RUCONEST	324
REBINYN	326	RHOPRESSA	498	rufinamide	157
REBLOZYL	331, 341	RIABNI	30, 77	RUKOBIA	49
REBYOTA	295	RIASTAP	332	RUXIENCE	30, 78
RECEDO	243	ribavirin	60, 64	RYBELSUS	270
Reclipsen (28)	208	RIDAURA	31	RYBREVANT	68
RECOMBINATE	329	rifabutin	55, 64	RYDAPT	87
RECOMBIVAX HB (PF)	104, 105	rifampin	55, 64	RYLAZE	76
RECORLEV	265	RIGHTEST GL300 LANCETS	370, 458	RYPLAZIM	337
RECOTHROM	333	RIGHTEST GS550 TEST STRIPS	358, 458	RYSTIGGO	346
RECOTHROM SPRAY KIT	333	RIGHTEST GS700 TEST STRIP	358, 458	RYTARY	163
REFUAH PLUS	358, 458	RIGHTEST GT333 TEST STRIP	358, 458	RYTELO	66
REGENECARE	246	RIGHTEST MAX TEST STRIP	358, 458	S	
REGIOCIT (EUA)	322	rilpivirine	51	SABRIL	153
REGRANEX	249	riluzole	346	SAFESNAP SYRINGE	398, 399, 458, 459
RELAGARD	519	rimantadine	60	SAFETY LANCETS	370, 459
RELENZA DISKHALER	60	ringer's	258	safety needles	399, 459
RELEUKO	331	RINVOQ	33, 223, 306	SAFETY SEAL LANCETS	370, 459
RELIAMED LANCET	370, 458	RINVOQ LQ	33	SAFETY-LET LANCETS	370, 459
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	370, 458	risedronate	275	SAFYRAL	208
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET	370, 458	risperidone	167, 180, 181	SAIZEN SAIZENPREP	283
RELION CONFIRM-MICRO	358, 458	risperidone microspheres	167	Sajazir	138
RELION PRIME TEST STRIPS	358, 458	RITEFLO AEROCHAMBER	406, 458	salicylic acid	241
RELION ULTIMA	358, 458	ritonavir	64	SALIMEZ FORTE	241
RELISTOR	42	RITUXAN	30, 78	salsalate	38
RENACIDIN	314	RITUXAN HYCELA	78	SALVAX	241
RENFLEXIS	25, 28, 309	rivastigmine	197	SALVAX DUO PLUS	240
repaglinide	270	rivastigmine tartrate	197	SANCUSO	297
REPATHA PUSHTRONEX	136	RIVELSA	210	SANDIMMUNE	32, 343
REPATHA SURECLICK	136	RIVFLOZA	315	SANDOSTATIN LAR DEPOT	293, 313
REPATHA SYRINGE	136	RIXUBIS	326	SANTYL	234
RESPA-AR	503	rizatriptan	186	SAPHNELO	344
RESTASIS	489	ROCKLATAN	494	sapropterin	475
RESTASIS MULTIDOSE	489			SARCLISA	78
RETACRIT	325			SAVAYSA	324

saxagliptin-metformin.....	273	simvastatin	135	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL	
SAXENDA	521	SINGLE-LET.....	370, 459	(PF)	282
SCALACORT DK.....	238	sirolimus.....	344	SOLUS V2 LANCETS	370, 460
SCEMBLIX.....	87	SIRTURO	55	SOLUS V2 TEST STRIPS	358, 460
SCLEROSOL INTRAPLEURAL		sitagliptin	269	SOMATULINE DEPOT.....	293
.....	518	SITZMARKS	252	SOMAVERT.....	282
scopolamine base.....	296	SITZMARKS FOR KIDS	252	sorafenib	84
SECUADO	165	SIVEXTRO	62	sorbitol.....	314
SEGLUROMET	271	SKYCLARYS.....	345	sorbitol-mannitol	314
selegiline hcl.....	164	SKYLA.....	199	SORILUX	230
selenium sulfide	231	SKYRIZI.....	222, 305	sotalol.....	130, 138
SELZENTRY	48	SKYTROFA	284	Sotalol Af.....	130, 138
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE- YFGN).....	287	SLYND.....	210	SOTYKTU	222
SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN	287	SMART SENSE LANCETS	370, 460	SOTYLIZE	130, 138
SEREVENT DISKUS.....	510	SMART SENSE TEST STRIPS		SOVALDI	59
SERNIVO.....	238	.....	358, 460	SOVUNA	29, 47
SEROQUEL XR.....	170	SMARTEST LANCET.....	370, 460	SPACE CHAMBER	406, 460
SEROSTIM	283	SMARTEST TEST.....	358, 460	SPACE CHAMBER WITH	
sertraline	160	sodium chlor 0.9% bacteriostat		LARGE MASK.....	407, 460
Setlakin	208	.....	257, 262	SPACE CHAMBER WITH	
sevelamer carbonate	315, 316	sodium chloride 196, 243, 257, 258		MEDIUM MASK.....	407, 460
sevelamer hcl.....	316	sodium chloride 0.45 %.....	263	SPACE CHAMBER WITH	
SEVENFACT	327	sodium chloride 0.9 %	257, 263	SMALL MASK.....	407, 460
sevoflurane	38	sodium chloride 0.9 % (flush). 262		SPEEDYSWAB COVID-19	
SF.....	476	sodium citrate	322, 323	HOME TEST.....	361, 460
SF 5000 PLUS	476	sodium citrate in 0.9 % nacl... 322		SPEVIGO	222
Sharobel	210	sodium citrate-citric acid..... 317		SPIKEVAX 2024-2025(12Y	
SHINGRIX (PF).....	124	SODIUM FLUORIDE 5000 DRY		UP)(PF).....	119
SIGNIFOR.....	293	MOUTH	476	spinosad.....	248
SIGNIFOR LAR	293	SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS		SPINRAZA (PF).....	350
SIKLOS.....	340	.....	476	SPIRIVA RESPIMAT	509
sildenafil	255	sodium fluoride-pot nitrate.... 477		SPIRIVA WITH HANDIHALER	
sildenafil (pulm.hypertension)		sodium iodide-123	254	.....	509
.....	147	sodium iodide-131	254	spironolactone	126, 142
SILICONE MASK - INFANT .. 406,		sodium oxybate	188	spironolacton-hydrochlorothiaz	
459		sodium phenylbutyrate..... 474		.....	143
SILIQ.....	223	sodium polystyrene sulfonate 257		SPRAVATO	159
silodosin	316	sodium,potassium,mag sulfates		SPRAY AND STRETCH.....	242
SILVASORB.....	249	.....	311	Sprintec (28).....	208
silver nitrate	225	SOFDRA	225	Sps (With Sorbitol).....	258
silver nitrate applicators	240	SOFT TOUCH LANCETS	370, 460	SPS (WITH SORBITOL).....	258
silver sulfadiazine.....	231	SOGROYA	284	Sronyx	208
SIMBRINZA	484	SOHONOS.....	345	SSD.....	231
SIMLANDI(CF)		SOLESTA.....	410	SSKI.....	258
AUTOINJECTOR.....	25, 28, 309	solifenacin.....	319	SSS 10-5.....	218
Simliya (28)	200	SOLQUA 100/33	273	ST JOSEPH ASPIRIN	38, 338
Simpesse	200	SOLIRIS	322, 339	ST. JOSEPH ASPIRIN	38, 339
SIMPONI.....	26, 28, 309	SOLOSEC	48	stavudine.....	52
SIMPONI ARIA	26, 28	SOLTAMOX	88	STEGLATRO.....	272
SIMULECT.....	344	SOLU-CORTEF.....	282	STEGLUJAN	271
				STELARA	221, 304
				STENDRA	255

STERILANCE TL.....	370, 460	SURE-LANCE ULTRA THIN.370,	460	TACHOSIL	334
STERILE HYDROGEL FOR		460		tacrolimus.....	232, 343
JELMYTO.....	257	SURE-PREP ALCOHOL PREP		tadalafil.....	255, 316
sterile talc.....	518	PADS.....	98	tadalafil (pulm. hypertension)	
STERITALC.....	518	SURE-TEST EASYPLUS MINI		.....	148
STIMUFEND.....	331	.....	358, 461	TAFINLAR.....	76
STIOLTO RESPIMAT.....	512	SURE-TOUCH LANCET	371, 461	tafluprost (pf).....	498
STIVARGA.....	84	SURGUARD2 SAFETY.....	399, 461	TAGITOL V.....	250
STOP SMOKING AID.....	195	SURVANTA.....	515	TAGRISSE.....	68
STRAVIX.....	247	SUSVIMO.....	493, 499	TAKE ACTION.....	214, 215
STRENSIQ.....	471	SUSVIMO (INITIAL FILL).....	493,	TAKHZYRO.....	145
STRIBILD.....	54	499		TALICIA.....	303
STRIVERDI RESPIMAT.....	510	SUSVIMO IMPLANT AND INS.		TALTZ AUTOINJECTOR.....	223
STRONG IODINE.....	99, 258	TOOL.....	377, 461	TALTZ AUTOINJECTOR (2	
SUBLOCADE.....	192	SUTAB.....	312	PACK).....	223
Subvenite.....	156	Syeda.....	208	TALTZ AUTOINJECTOR (3	
Subvenite Starter (Blue) Kit..	156,	SYLVANT.....	81	PACK).....	223
179		SYMAX DUOTAB.....	302, 319	TALTZ SYRINGE.....	223
Subvenite Starter (Green) Kit		SYMDEKO.....	514	TALZENNA.....	85
.....	156, 179	SYMJEPI.....	141	tamoxifen.....	89
Subvenite Starter (Orange) Kit		SYMLINPEN 120.....	269	tamsulosin.....	316
.....	156, 179	SYMLINPEN 60.....	269	TANDEM MOBI AUTOSOFT 30	
SUCRAID.....	299	SYMPROIC.....	42	KT 23.....	410, 462
sucralfate.....	312	SYMTUZA.....	53	TANDEM MOBI AUTOSOFT	
SUFLAVE.....	312	SYNAGIS.....	101	XC KIT 5.....	410, 462
sulconazole.....	228	SYNALAR CREAM KIT.....	238	TANDEM MOBI AUTOSOFT	
sulfacetamide sodium.....	231, 496,	SYNALAR OINTMENT KIT...	239	XC KT 23.....	410, 462
497		SYNALAR TS.....	239	TANDEM MOBI CARTRIDGE	
sulfacetamide sodium (acne).	217	SYNAREL.....	290	.....	377, 462
sulfacetamide sodium-sulfur..	218	SYNDROS.....	181, 296, 522	TANDEM MOBI SYSTEM.....	409,
sulfacetamide sod-sulfur-urea		SYNJARDY.....	271	463	
.....	218, 244	SYNJARDY XR.....	271	TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT	
sulfacetamide-prednisolone...	485	SYNOJOYNT.....	348	23.....	410, 463
sulfadiazine.....	65	SYNVISC.....	348	Tarina 24 Fe.....	208
sulfamethoxazole-trimethoprim		SYNVISC-ONE.....	348	Tarina Fe 1/20 (28).....	208
.....	44	syringe (disposable).....	399, 461	Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	208
SULFAMYLON.....	231	SYRINGE 3CC/20GX1.....	400, 462	TARON-PREX PRENATAL-DHA	
sulfasalazine.....	33, 306	SYRINGE 3CC/21GX1.....	400, 462	.....	260, 262
SULFATRIM.....	44	SYRINGE 3CC/21GX1-1/2.....	400,	TARPEYO.....	282
sulindac.....	35	462		TASCENSO ODT.....	482
sumatriptan.....	186	SYRINGE 3CC/22GX1.....	400, 462	TASIGNA.....	88
sumatriptan succinate.....	186	SYRINGE 3CC/22GX3/4.....	400, 462	tasimelteon.....	184
sunitinib malate.....	87	SYRINGE 3CC/25GX1.....	400, 462	tavaborole.....	228
SUNLENCA.....	43	SYRINGE AVITENE.....	333	TAVALISSE.....	323
SUNOSI.....	188	syringe with needle.....	400, 462	TAVNEOS.....	23
SUPARTZ FX.....	348	syringe with needle, safety.....	400,	TAYTULLA.....	208
SUPER THIN LANCETS.370, 460		462		tazarotene.....	230, 244
SUPPRELIN LA.....	290	SYRINGE WITHOUT NEEDLE		TAZORAC.....	230
SURE COMFORT ALCOHOL		.....	400, 462	TAZVERIK.....	79
PREP PADS.....	98	T		TD GOLD TEST STRIP...	358, 463
SURE COMFORT LANCETS	370,	T.R.U.E. TEST ALLERGEN.....	101	TDVAX.....	113
460		TABLOID.....	73	TECENTRIQ.....	92
SURE-LANCE.....	370, 460	TABRECTA.....	87	TECENTRIQ HYBREZA.....	92

TECHLITE LANCETS .....371, 463	thiamine hcl (vitamin b1).....263	tolterodine.....320
TEGLUTIK.....346	THIN LANCETS .....371, 463	tolvaptan 143
TEGRETOL.....154, 179, 180	THIOLA EC.....314	TOOMEY SYRINGE.....401, 464
TEGRETOL XR.....154, 180	thioridazine .....169	TOPCARE UNIVERSALI
TEGSEDI .....267	thiotepa.....69	LANCET.....371, 464
TELCARE LANCETS .....371, 463	thiothixene .....170	topiramate .....155
TELCARE TEST STRIPS ..359, 463	THRESHOLD IMT TRAINER 407,	topotecan .....90
telmisartan .....128	463	toremifene .....89
telmisartan-amlodipine .....127	THRESHOLD PEP DEVICE ...407,	TORONOVA II SUIK.....35
telmisartan-hydrochlorothiazid	463	TORONOVA SUIK.....35
.....127	THROMBIN-JMI.....333	Torpenz .....83
temazepam .....178, 190	THYMOGLOBULIN .....109	torseamide .....143
TEMBEXA.....66	THYQUIDITY .....294	TOTALVISC.....495
TEMODAR .....70	THYROGEN.....253	TOUJEO MAX U-300
temozolomide.....70	thyroid (pork) .....293	SOLOSTAR.....287
TEMPO REFILL KIT WITH	Tiadyt Er .....139	TOUJEO SOLOSTAR U-300
GAUZE .....371, 463	tiagabine .....152	INSULIN.....287
temsirrolimus.....83	TIBSOVO .....84	TOXICOLOGY SALIVA
Tencon .....22	TIGLUTIK .....346	COLLECTION .....252
TENIVAC (PF).....113, 114	Tilia Fe .....211	TPOXX (NATIONAL
tenofovir disoproxil fumarate 53,	timolol maleate .....138, 492	STOCKPILE) .....66
58	timolol maleate (pf).....492	TRACLEER .....147
TEPADINA.....69	timolol-bimatoprost (pf).....490	TRADJENTA.....269
TEPEZZA.....293	timolol-brimonidi-dorzolam(pf)	tramadol.....19
TEPMETKO .....88	.....490	tramadol-acetaminophen.....22
terazosin.....145	timolol-dorzolam-bimatopro(pf)	trandolapril .....126
terbinafine hcl.....45	.....490	trandolapril-verapamil .....125
terbutaline .....511	tinidazole .....48	tranexamic acid.....332
terconazole .....519	tiopronin .....314	tranylcypromine .....158
teriflunomide .....481	TIROSINT .....294	TRANZAREL .....246
teriparatide .....275	TIROSINT-SOL.....294	travoprost .....498
Terrell.....38	TISSEEL VHSD (APROTININ,	TRAZIMERA .....96
TERSİ FOAM .....231	SYN) .....245	trazodone .....160
TERUMO ALLERGY SYRINGE	TIS-U-SOL PENTALYTE.....258	TRECTOR.....55
.....400, 463	TIVDAK.....72, 94	TRELEGY ELLIPTA .....513
TERUMO HYPODERMIC	TIVICAY .....50	TRELSTAR .....82
NEEDLE/SYRIN.....400, 463	TIVICAY PD .....50	TREMFYA .....222
TERUMO SYRINGE 400, 401, 463	tizanidine .....349, 350	TREMFYA PEN .....305
TEST N'GO TEST .....359, 463	TLANDO .....268	treprostinil sodium .....146
testosterone .....267, 268	TOBI PODHALER .....513	TRESIBA FLEXTOUCH U-100
testosterone cypionate .....267	TOBRADEX .....485	.....287
testosterone enanthate .....267	TOBRADEX ST .....485	TRESIBA FLEXTOUCH U-200
tetrabenazine .....187	tobramycin .....496, 513	.....287
tetracaine hcl .....493	tobramycin in 0.225 % nacl ...513	TRESIBA U-100 INSULIN.....287
tetracaine hcl (pf).....492	tobramycin with nebulizer ...514	tretinoin.....221
tetracycline .....65	tobramycin-dexamethasone ..485	tretinoin (antineoplastic).....88
TEVIMBRA.....93	tobramycin-vancomycin 486, 495,	tretinoin microspheres ....220, 221
TEXACORT .....238	496	TRETEN.....330
TEZSPIRE.....509	TOBEX.....496	TREXALL.....30, 73
THALOMID .....46, 90	TOLAK.....229	triamcinolone acetonide 238, 478
THEO-24.....509	tolcapone.....163	triamterene .....143
theophylline .....509	tolmetin .....35	

triamterene-hydrochlorothiazid	trosipium	TYENNE AUTOINJECTOR
..... 143	320	32
triazolam 178, 190	TRUDHESA 185	TYMLOS 275
TRI-CHLOR 241	TRUE COMFORT ALCOHOL	TYRVAYA 517
Tridacaine li 247	PADS 98	TYSABRI 479
Tridacaine lii 247	TRUE COMFORT LANCET .. 371,	TYVASO 146
Triderm 238	464	TYVASO DPI 146
trientine 41	TRUE COMFORT PRO	TYVASO INSTITUTIONAL
Tri-Estarylla 211	ALCOHOL PADS 99	START KIT 146
TRIFERIC 259	TRUE COVER CONDOM 376,	TYVASO REFILL KIT 146
trifluoperazine 169	464	TYVASO STARTER KIT 147
trifluridine 497	TRUE METRIX GLUCOSE TEST	TZIELD 264
trihexyphenidyl 164	STRIP 359, 464	U
TRIJARDY XR 274	TRUE METRIX PRO TEST	UBRELVY 185
TRIKAFTA 514, 515	STRIP 359, 464	UDENYCA 331
Tri-Legest Fe 212	TRUEPLUS KETONE 410, 464	UDENYCA ONBODY 331
Tri-Linyah 212	TRUEPLUS LANCETS 371, 464	ULESFIA 248
TRILOAN II SUIK 282	TRUETEST TEST STRIPS 359,	ULTICARE 401, 465
TRILOAN SUIK 282	464	ULTICARE LOW DEAD SPACE
Tri-Lo-Estarylla 212	TRUETRACK TEST 359, 464	SYRING 401, 465
Tri-Lo-Marzia 212	TRULANCE 298, 304	ULTICARE SAFETY SYRINGE
Tri-Lo-Mili 212	TRULICITY 270	..... 401, 465
Tri-Lo-Sprintec 212	TRUMENBA 117	ULTICARE TB SAFETY SYRINGE
TRI-LUMA 233	TRUQAP 66	..... 401, 465
TRILURON 348	TRUSKIN 247	ULTILET ALCOHOL SWAB 99
trimethobenzamide 296	TRUSTEX LATEX CONDOM	ULTILET BASIC LANCETS 371,
trimethoprim 44	..... 376, 464	466
Tri-Mili 212	TRUSTEX LUBRICATED	ULTILET CLASSIC LANCETS
trimipramine 162	CONDOMS 376, 464	..... 371, 466
TRI-MIX (PAPAVRN-	TRUSTEX NON-LUB	ULTILET LANCETS 371, 466
PHNTLMN-PGE I) 255	CONDOMS 376, 464	ULTILET SAFETY LANCETS . 371,
TRIMO-SAN JELLY 519	TRUSTEX-RIA	466
TRINTELLIX 161	LUB/SPERMICIDE 376, 465	ULTIMA TEST STRIPS 359, 466
TRIPTODUR 290	TRUSTEX-RIA LUBRICATED	ULTOMIRIS 322, 339
TRISENOX 75	CONDOMS 376, 465	ULTRA FINE LANCETS .. 371, 466
Tri-Sprintec (28) 212	TRUSTEX-RIA NON-LUB	ULTRA THIN II LANCETS 371,
TRIUMEQ 54	CONDOMS 376, 465	466
TRIUMEQ PD 54	TRUXIMA 30, 78	ULTRA THIN LANCETS . 371, 466
TRIVISC 348	TUBERCULIN SYRINGE 401, 465	ULTRA THIN PLUS LANCETS
Trivora (28) 212	tuberculin-allergy syringes 401,	..... 371, 466
Tri-Vylibra 212	465	ULTRA TLC LANCETS 371, 466
Tri-Vylibra Lo 212	TUDORZA PRESSAIR 510	ULTRA-CARE LANCETS 371, 466
TRODELVY 94	TUKYSA 79	ULTRALANCE LANCETS 372,
TROGARZO 48	Tulana 210	466
TROJAN BARESKIN 376, 464	TURALIO 88	ULTRASAL-ER 241
TROJAN EXTENDED	Turqoz (28) 208	ULTRA-THIN II LANCETS 372,
PLEASURE 376, 464	TUXARIN ER 517	466
TROJAN PLEASURE PACK ... 376,	TWINRIX (PF) 102	ULTRATRAK 359, 466
464	TWIRLA 213	ULTRATRAK ULTIMATE 359,
TROJAN ULTRA RIBBED	TWIST LANCETS 371, 465	466
CONDOM 376, 464	TYBLUME 209	UNILET COMFORTOUCH
TROJAN ULTRA THIN ... 376, 464	TYBOST 474	LANCET 372, 466
tropicamide 486	Tydemy 209	UNILET GP LANCET 372, 466
	TYENNE 32	UNILET LANCET 372, 466

UNILET LANCETS.....	372, 466	valsartan.....	128	VEOPOZ.....	295
UNILET SUPER THIN LANCETS		valsartan-hydrochlorothiazide		VEOZAH.....	265
.....	372, 467	.....	128	verapamil.....	131, 140
UNISTIK 3 COMFORT LANCET		VALSTAR.....	91	VERIFINE SAFETY LANCET	
.....	372, 467	VALTOCO.....	151, 178	MINI.....	373, 468
UNISTIK 3 EXTRA LANCET.	372,	vancomycin.....	58	VERIFINE UNIVERSAL LANCET	
467		vancomycin in 0.9 % sodium chl		.....	373, 468
UNISTIK 3 GENTLE.....	372, 467	.....	486	VERQUVO.....	129
UNISTIK 3 NORMAL LANCET		VANFLYTA.....	80	VERSACLOZ.....	168
.....	372, 467	VANISHPOINT SYRINGE.....	401,	VERZENIO.....	78
UNISTIK COMFORT LANCETS		402, 467, 468		VESICARE LS.....	319
.....	372, 467	VANISHPOINT TUBERCULIN		Vestura (28).....	209
UNISTIK CZT LANCET ..	372, 467	SYRINGE.....	402, 468	VEVYE.....	489
UNISTIK EXTRA LANCETS ..	372,	VANOXIDE-HC.....	220	V-GO 20.....	409, 468
467		VAQTA (PF).....	102, 103	V-GO 30.....	409, 468
UNISTIK NORMAL LANCETS		vardenafil.....	255	V-GO 40.....	409, 468
.....	372, 467	varenicline.....	195	VIBERZI.....	304, 310
UNISTIK PRO LANCET ..	372, 467	VARIBAR HONEY.....	250	Vienna.....	209
UNISTIK SAFETY.....	372, 467	VARIBAR NECTAR.....	250	vigabatrin.....	153
UNISTIK TOUCH LANCETS	372,	VARIBAR PUDDING.....	250	Vigadrone.....	153
467		VARIBAR THIN HONEY.....	250	VIGAFYDE.....	153
UNISTRIP I TEST STRIP.	359, 467	VARIBAR THIN LIQUID.....	250	Vigpoder.....	153
UNIVERSAL I LANCETS	372, 467	VARIVAX (PF).....	110, 124	VIJOICE.....	474
UPLIZNA.....	343	VARIZIG.....	109	vilazodone.....	161
UPNEEQ (PF).....	484	VARUBI.....	297	VILTEPSO.....	347
UPTRAVI.....	144, 145	VASCEPA.....	135	VIMIZIM.....	472
URAMAXIN.....	241	VASELINE WHITE PETROLEUM		VIMPAT.....	152
URAMAXIN GT.....	240	.....	244	vinblastine.....	91
urea.....	241	VASHE.....	249	vinorelbine.....	91
UREA NAIL STICK.....	241	VAXCHORA ACTIVE		VIOKACE.....	299
URETRON D-S.....	62, 318	COMPONENT.....	110, 117	Viorele (28).....	200
URISTIX 4.....	252, 467	VAXCHORA BUFFER		VIRACEPT.....	64
URISTIX REAGENT.....	252, 467	COMPONENT.....	196	VIREAD.....	53, 58
URO-458.....	62, 318	VAXCHORA VACCINE... ..	110, 117	VISCO-3.....	348
UROGESIC-BLUE.....	62, 318	VAXELIS (PF).....	103, 114, 118	VISTASEAL-FIBRIN SEALANT	
URO-MP.....	62, 318	VAXNEUVANCE (PF).....	117	.....	334
UROQID-ACID NO.2.....	62, 317	VCF CONTRACEPTIVE FILM	215	VISUDYNE.....	494
ursodiol.....	299	VCF CONTRACEPTIVE GEL ..	215	VITAFOL FE+ (WITH	
UZEDY.....	167, 168	VECTIBIX.....	95	DOCUSATE).....	262
V		VEGZELMA.....	67	Vitamin D2.....	264
VABYSMO.....	483	VELETRI.....	147	VITAMIN K.....	264
VAFSEO.....	321	Velivet Triphasic Regimen (28)		Vitamin K1.....	264
VAGINAL CONTRACEPTIVE		.....	212	VITRAKVI.....	90
FILM.....	215	VELPHORO.....	316	VIVAGUARD INO TEST STRIP	
valacyclovir.....	60	VELSIPIITY.....	307	.....	359, 468
VALCHLOR.....	228	VELTASSA.....	258	VIVAGUARD LANCET.....	373, 468
valganciclovir.....	57	VEMLIDY.....	58	VIVAGUARD SAFETY LANCET	
valproic acid.....	152, 180	VENCLEXTA.....	76	.....	373, 468
valproic acid (as sodium salt)		VENCLEXTA STARTING PACK		VIVIMUSTA.....	70
.....	152, 180	.....	76	VIVITROL.....	193
valrubicin.....	91	venlafaxine.....	160, 161	VIVJOA.....	46
		VENTAVIS.....	147	VIVOTIF.....	110, 115

VIZIMPRO	68	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60	361, 469	XHANCE.....	516
VOCABRIA.....	50	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65	361, 469	XIAFLEX.....	348
Volnea (28).....	200	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70	361, 469	XIFAXAN.....	64
VONJO.....	81	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75	361, 469	XIGDUO XR.....	271
VONVENDI.....	332	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80	361, 469	XIIDRA.....	489
VOQUEZNA.....	295	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85	361, 469	XOFLUZA.....	60
VOQUEZNA DUAL PAK.....	303	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90	362, 469	XOLAIR.....	506
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	303	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95	362, 469	XOLREMDI.....	324
VORANIGO.....	67	WILATE.....	329	XOSPATA.....	80
VORAXAZE.....	96	WILZIN.....	41	XPHOZAH.....	255
voriconazole.....	46	WINLEVI.....	216	XPROVIO.....	79, 89
VORTEX HOLDING CHAMBER		WINREVAIR.....	125	XTAMPZA ER.....	19
.....	407, 469	WINRHOSDF.....	109	XTANDI.....	71
VORTEX VHC FROG MASK-		Wixela Inhub.....	513	Xulane.....	213
CHILD.....	407, 469	WOUNDGELHA MATRIX.....	243	XULTOPHY 100/3.6.....	274
VORTEX VHC LADYBUG		Wymzya Fe.....	209	XURIDEN.....	473
MASK-TODDLR.....	407, 469	WYNZORA.....	221	XYNTHA.....	329
VOSEVI.....	59	X		XYNTHA SOLOFUSE.....	329
VOWST.....	295	XADAGO.....	164	XYOSTED.....	268
VOXZOGO.....	274	XALIX.....	241	XYWAV.....	188
VOYDEYA.....	321, 322	XALKORI.....	71	Y	
VP-CH-PNV.....	262	XARELTO.....	324	YALE DISPOSABLE NEEDLES	
VPRIV.....	471	XARELTO DVT-PE TREAT 30D		.....	402, 470
VRAYLAR.....	172, 181	START.....	324	Yargesa.....	473
VTAMA.....	230	XATMEP.....	30, 73	YASMIN (28).....	209
VUEBLU.....	253	XCLAIR.....	233	YAZ (28).....	209
VUITY.....	484	XCOPRI.....	158	YCANTH.....	242
VUMERITY.....	481	XCOPRI MAINTENANCE PACK		YERVOY.....	79
VYEPTI.....	184	.....	158	YOKATAR.....	233
Vyfemla (28).....	209	XCOPRI TITRATION PACK..	158	YONDELIS.....	92
VYLEESI.....	184	XDEMVY.....	482	YONSA.....	68, 71
Vylibra.....	209	XELJANZ.....	33, 306	YORVIPATH.....	292
VYNDAMAX.....	266	XELJANZ XR.....	33, 306	YUPELRI.....	510
VYNDAQEL.....	266	XELPROS.....	498	Yuvafem.....	520
VYONDYS-53.....	347	XELSTRYM.....	176, 183	Z	
VYVANSE.....	176	XEMBIFY.....	108	Zafemy.....	213
VYVGART.....	346	XENLETA.....	63	zafirlukast.....	508
VYVGART HYTRULO.....	346	XENON XE-133.....	253, 254	zaleplon.....	190
VYXEOS.....	71	XENOVIEWPATIENTDOSE	253	ZALTRAP.....	94
VYZULTA.....	498	XENOVIEWPREPARATION		ZANOSAR.....	92
W		GAS BLEND.....	253	Zarah.....	209
WAINUA.....	267	XENPOZYME.....	470	ZARXIO.....	331
WAKIX.....	188	XEOMIN.....	349	ZAVZPRET.....	185
warfarin.....	323	XEPI.....	225	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	
water for injection, sterile.....	257	XGEVA.....	292	.....	266
water for irrigation, sterile.....	258			ZEGALOGUE SYRINGE.....	266
WAVESENSE JAZZ.....	359, 469			ZEJULA.....	85
WAVESENSE PRESTO.....	359, 469			ZELAPAR.....	164
WEBCOL.....	99			ZELBORAF.....	76
WEGOVY.....	521			ZEMAIRA.....	515
WELIREG.....	80			Zenatane.....	216
Wera (28).....	209			ZENPEP.....	299
				Zenzedi.....	176, 183, 190

ZEPATIER	59	ZITHRANOL	230	ZORYVE	224, 230, 231
ZEPBOUND	520	ZOKINVY	475	Zovia 1-35 (28)	209
ZEPOSIA	307, 482	ZOLADEX	82	ZTALMY	155
ZEPOSIA STARTER KIT (28- DAY)	307, 482	zoledronic acid	275	ZUBSOLV	192
ZEPOSIA STARTER PACK (7- DAY)	307, 482	zoledronic acid-mannitol-water	276	ZULRESSO	159
ZEPZELCA	92	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	276	Zumandimine (28)	209
ZETONNA	516	ZOLINZA	80	ZURZUVAE	159
zidovudine	52	zolmitriptan	186	ZYDELIG	84, 85
ZIEXTENZO	331	zolpidem	190	ZYKADIA	71
ZILBRYSQ	346	ZOMACTON	284	ZYLET	485
ZIMHI	42	Zomig	186	ZYMFENTRA	26, 309
ziprasidone hcl	166, 181	ZONISADE	157	ZYNLONTA	77
ZIRABEV	67	zonisamide	157	ZYNYZ	93
ZIRGAN	497	ZONTIVITY	339	ZYPRAM	40
				ZYPREXA RELPREVV	170