

Lista Estándar de Medicamentos Cubiertos

Mayo 2025

Inland Empire Health Plan

Esta Lista de Medicamentos Cubiertos se actualizó por última vez el 14 de abril de 2025. 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.

Índice

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?	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?	9
¿Qué son los medicamentos para atención médica preventiva?	9
¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo?	9
¿Qué medicamentos y productos para el cuidado de la diabetes están cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios?	10
¿Qué pasa si mi medicamento requiere una autorización previa o terapia escalonada?	10
¿Qué pasa si mi medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos cubiertos?	11
Farmacias minoristas participantes	12
¿Qué son los medicamentos de especialidad?.....	12
Medicamentos orales contra el cáncer	12
Farmacia con servicio de entrega por correo.....	13
Lista Categórica de Medicamentos Recetados	14
Índice de Medicamentos	543

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 aplicación por pluma para la administración de insulina, que sean médicamente necesarios
- Suministros para pruebas de diabetes, incluidos los siguientes:
 - Lancetas
 - Dispositivos de punción para lancetas
 - Tiras reactivas para análisis de sangre y orina
 - Comprimidos para pruebas
- Medicamentos sin receta con una clasificación de 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 los siguientes:
 - Diafragmas
 - Capuchones cervicales
 - Anillos anticonceptivos
 - Parches anticonceptivos
 - Anticonceptivos orales
 - Anticonceptivos de emergencia
 - Productos anticonceptivos de venta libre
- Dispositivos desechables que sean médicamente necesarios para la administración de un medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios, como jeringas y espaciadores para inhaladores

Si tiene preguntas sobre su cobertura de farmacia, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-4347 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Definiciones

El “límite de edad” (Age Limit, AL) limita el uso de medicamentos según la edad.

Una “apelación” es una solicitud escrita u oral presentada por un miembro o por otra persona en su nombre para reevaluar una determinación específica hecha por el plan o por alguna de sus entidades delegadas (p. ej., los proveedores del plan).

Un “medicamento de marca” es un medicamento que se comercializa bajo un nombre patentado y protegido por una marca registrada. El medicamento de marca debe aparecer con todas las letras en MAYÚSCULAS.

El “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.

El “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.

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

Un “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.

Los “beneficios de salud esenciales” (Essential Health Benefits, EHB) son un conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico deben cubrir de acuerdo con la Ley del 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.

Un “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 según las circunstancias, cuáles serán sus costos compartidos y otra información sobre el uso de su cobertura.

Una “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 su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima o cuando un afiliado realiza un plan actual de tratamiento con un medicamento no incluido en la Lista de medicamentos cubiertos.

La “Administración de Alimentos y Medicamentos” (FDA) es responsable de proteger la salud pública garantizando la seguridad, la eficacia y la confiabilidad de los medicamentos de uso humano y veterinario, 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. El medicamento genérico aparece en letras ***minúsculas en negrita y en cursiva***.

Una “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.

Un “medicamento no incluido en la Lista de medicamentos cubiertos” es un medicamento recetado que no se encuentra en la lista del plan de salud.

Los “costos de 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.

El “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.

Una “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.

Un “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.

La “autorización previa” (Prior Authorization, PA) es el requisito de un plan de salud de 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.

La “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 medicamento apropiados para un paciente en particular. El plan de salud puede pedir que el afiliado pruebe uno o más medicamentos para tratar su afección médica 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.

Una “farmacia especializada” es una farmacia que maneja medicamentos especializados y 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 la dependencia familiar, es la base para la elegibilidad para ser miembro del plan.

“USPSTF” se refiere al Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

La “gestión de la utilización” (UM) es un proceso que evalúa la eficiencia, la idoneidad y la necesidad médica de los tratamientos, los servicios, los procedimientos y las instalaciones proporcionados a los pacientes según el 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 en la categoría terapéutica y la clase a la que pertenecen. Esta Lista de medicamentos cubiertos utiliza el Sistema Mejorado de Clasificación Terapéutica de First DataBank.

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

- Buscando la categoría o la clase a la que pertenece el medicamento y buscando el nombre del medicamento en orden alfabético.
- Buscando en el Índice alfabético de 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 los equivalentes de marca y genéricos están cubiertos, el medicamento genérico aparecerá por separado del medicamento de marca con todas las letras ***minúsculas en negrita y en cursiva***.

En el caso de que un medicamento genérico se comercialice bajo una marca patentada y protegida por una marca registrada, 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 mayúsculas.

El medicamento de marca aparece con todas las letras en MAYÚSCULAS seguido del nombre genérico entre paréntesis con todas las letras **minúsculas en negrita y en 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</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 según categorías definidas. El monto que usted paga por los medicamentos de diferentes niveles variará. Puede encontrar información sobre lo que paga por nivel de medicamento en el *Resumen de beneficios* o en la *Evidencia de cobertura* (EOC) de IEHP. Consulte el siguiente enlace para conocer el costo compartido específico de su plan: <https://www.iehp.org/en/browse-plans/covered-california#plan-materials>.

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 en función de su seguridad, eficacia y costo.
3	Medicamentos de marca no preferidos; medicamentos recomendados por el Comité de P&T en función de su seguridad, eficacia y costo, o medicamentos que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y frecuentemente menos costosa en 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 seguimiento 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 los medicamentos y los dispositivos anticonceptivos, están cubiertos sin ningún costo para usted cuando se cumplen criterios específicos.

¿Con qué frecuencia se actualiza la Lista de medicamentos cubiertos?

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, el nivel de costos compartidos o las 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, los siguientes:

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

Los cambios en la Lista de medicamentos cubiertos que pueden ocurrir sin previo aviso por escrito al miembro incluyen los siguientes:

- Un medicamento se elimina 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 medicamentos inferior.
- Se elimina un requisito o un 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.

Los miembros actuales y potenciales pueden acceder a la Lista de medicamentos cubiertos. Para ver la lista 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 es un medicamento autoadministrado y aprobado por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos para su venta al público a través de farmacias minoristas o con servicio de entrega por correo que requiere receta médica y no se proporciona para su uso a 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, de 8 a. m. a 6 p. m.

¿Qué son los medicamentos para atención médica preventiva?

Los medicamentos para atención médica preventiva son medicamentos seleccionados que la legislación de la reforma del sector de salud exige que se cubran sin cobrarle al miembro un copago, un coseguro o un deducible. Los medicamentos para atención médica preventiva se determinan según las recomendaciones basadas en evidencia que tienen en efecto una calificación de “A” o “B” de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), actualizadas periódicamente. Las recomendaciones de inmunización del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros Federales para el Control y la Prevención de Enfermedades también son medicamentos para atención médica preventiva. Para obtener más detalles sobre los medicamentos para 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 medicamentos y los dispositivos anticonceptivos están cubiertos sin cargo alguno para el asegurado.

Los medicamentos, los dispositivos y otros productos anticonceptivos aprobados por la FDA, incluidos los medicamentos, los dispositivos y los productos anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA, están cubiertos sin costo alguno para el asegurado. Los medicamentos, los dispositivos y los 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 para 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados y aprobados por la FDA, que se dispensa todo al mismo tiempo.

¿Qué medicamentos y productos para el cuidado de la diabetes están cubiertos por el beneficio de 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 glucosa 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 eficaz, 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 política. 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 ingresarse en el sistema. IEHP responderá al médico o al farmacéutico en un plazo de 24 horas para las solicitudes por circunstancias apremiantes 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 para recuperar la función máxima o cuando se realiza un plan de tratamiento. Una vez que se aprueba un medicamento, su autorización será válida de inmediato. Puede obtener una lista de los 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 y 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 médicamente 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 de forma electrónica, 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 su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima. Las solicitudes de autorización por circunstancias apremiantes hechas por los médicos se procesan y se notifica la determinación de IEHP a los proveedores que emiten la receta médica tan pronto como sea posible, 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 de forma oportuna, sin exceder las 72 horas. Tanto para las solicitudes por circunstancias apremiantes 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 formales 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, de 8 a. m. a 6 p. m.

¿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 a 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 a la Lista de medicamentos cubiertos será aprobada o denegada según la necesidad médica en un plazo de 72 horas para las solicitudes no urgentes o en un plazo de 24 horas en circunstancias apremiantes. 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 apremiantes 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 para recuperar la función máxima o cuando se realiza un plan de tratamiento con un medicamento 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 el apremio. Si el plan deniega una solicitud de excepción a 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 la aprobación de IEHP antes de que usted pueda surtir su receta médica. Si no obtiene la aprobación, IEHP no podrá cubrir el medicamento. Si se le deniega la autorización previa, consulte la sección “Quejas formales 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, de 8 a. m. a 6 p. m.

Farmacias minoristas participantes

Puede surtir recetas médicas en cualquier farmacia (de la red) participante, a menos que sea una receta médica para un medicamento de especialidad. IEHP tiene contratos con una amplia red de farmacias minoristas. 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 minorista 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 el 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. Si se aprueba la cobertura, una farmacia especializada de la red puede proporcionar medicamentos de especialidad por correo o, si usted lo solicita, puede transferir el medicamento de especialidad a una tienda minorista asociada para que usted lo recoja. Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-4347 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., 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 para hasta treinta (30) días.

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

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 este programa. También 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 medicamentos recetados con servicio de entrega por correo, visite www.iehp.org.

Lista Categórica de Medicamentos Recetados

<i>Terapia Alternativa - Vitaminas y Minerales</i>	<i>16</i>
<i>Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos</i>	<i>16</i>
<i>Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre</i>	<i>16</i>
<i>Anestésicos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre.....</i>	<i>37</i>
<i>Preparaciones Anorrectales - Preparaciones Rectales</i>	<i>38</i>
<i>Antídotos y otros Agentes de Reversión - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación ..</i>	<i>39</i>
<i>Agentes Antiinfecciosos</i>	<i>42</i>
<i>Agentes Antiinfecciosos - Medicamentos para Infección</i>	<i>42</i>
<i>Antineoplásicos</i>	<i>66</i>
<i>Antineoplásicos - Medicamentos para el Cáncer</i>	<i>67</i>
<i>Antisépticos y Desinfectantes - Antisépticos y Desinfectantes</i>	<i>98</i>
<i>Biológicos.....</i>	<i>100</i>
<i>Biológicos - Agentes Biológicos.....</i>	<i>101</i>
<i>Agentes de Terapia Cardiovascular.....</i>	<i>123</i>
<i>Agentes de Terapia Cardiovascular - Medicamentos para el Corazón.....</i>	<i>124</i>
<i>Agentes del Sistema Nervioso Central.....</i>	<i>148</i>
<i>Agentes del Sistema Nervioso Central - Medicamentos para el Sistema Nervioso.....</i>	<i>148</i>
<i>Dependencia Química, Agentes para Tratar – Medicamentos para Tratar la Adicción</i>	<i>191</i>
<i>Coadyuvantes Químicos-Farmacéuticos</i>	<i>195</i>
<i>Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos.....</i>	<i>196</i>
<i>Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Medicamentos para el Sistema Nervioso</i>	<i>196</i>
<i>Anticonceptivos - Medicamentos para el Cuidado Femenino</i>	<i>197</i>
<i>Dermatológico.....</i>	<i>215</i>
<i>Dermatológico - Medicamentos para la Piel</i>	<i>216</i>
<i>Agentes de Diagnóstico</i>	<i>252</i>
<i>Medicamentos para Tratar la Disfunción Eréctil - Medicamentos para el Sistema Urinario</i>	<i>257</i>
<i>Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales</i>	<i>258</i>
<i>Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales - Medicamentos Nutricionales.....</i>	<i>258</i>
<i>Endocrino</i>	<i>275</i>
<i>Endocrino - Hormonas.....</i>	<i>275</i>
<i>Enzimas - Vitaminas y Minerales.....</i>	<i>305</i>

Agentes de Terapia Gastrointestinal	306
Agentes de Terapia Gastrointestinal - Medicamentos para el Estómago	306
Terapia Genitourinaria - Medicamentos para el Sistema Urinario.....	324
Terapia para la Gota e Hiperuricemia - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre	331
Agentes Hematológicos	332
Agentes Hematológicos - Medicamentos para la Sangre.....	332
Agentes del Tratamiento del Sistema Hepatobiliar	352
Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado	353
Agentes inmunosupresores.....	353
Agentes Inmunosupresores - Medicamentos para Trasplantes de Órganos	353
Aparato Locomotor	356
Aparato Locomotor - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos	356
Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero (DME) - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero	362
Suministro Médico, FDB Superset.....	425
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas.....	488
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas.....	488
Modificadores Metabólicos	491
Modificadores Metabólicos – Medicamentos que Alteran el Metabolismo	491
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Medicamentos para la Boca y Garganta	494
Agentes de Esclerosis Múltiple - Medicamentos para el Sistema Nervioso.....	497
Agentes Oftálmicos.....	501
Agentes Oftálmicos - Medicamentos para los Ojos	501
Soluciones para la Preservación de Órganos	518
Soluciones para la Preservación de Órganos - Medicamentos para el Corazón	519
Ótico (Oído) - Medicamentos para el Oído.....	521
Agentes de Terapia Respiratoria.....	522
Agentes de Terapia Respiratoria - Medicamentos para los Pulmones.....	523
Productos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino.....	538
Agentes para Aumentar o Perder Peso	540
Agentes para Aumentar o Perder Peso – Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación	540

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	
Analgésico - Bloqueadores selectivos de los canales de sodio		
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG (<i>suzetrigine</i>)	Nivel 3	PA
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 - Antipruriginoso - Artritis y Analgésicos		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION 50 MCG/ML (<i>difelikefalin acetate</i>)	Nivel 4	PA
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DILAUDID (PF) INJECTION SYRINGE 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML (<i>hydromorphone hcl/pf</i>)	Nivel 3	
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl intravenous pt controlled analgesia 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, 200 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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml	Nivel 1	
morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
morphine oral capsule, extend. release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	Nivel 1	
morphine oral tablet 15 mg	Nivel 1	
morphine oral tablet 30 mg	Nivel 2	
morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
morphine rectal suppository 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	Nivel 1	
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG, 250 MG, 50 MG (tapentadol hcl)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 75 MG (tapentadol hcl)	Nivel 3	QL (6 EA por 1 día)
oxycodone oral capsule 5 mg	Nivel 1	
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	Nivel 1	PA
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	Nivel 1	
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	Nivel 1	
oxycodone oral tablet, oral only 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg	Nivel 1	
oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 80 mg	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
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (oxycodone hcl)	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 80 MG (oxycodone hcl)	Nivel 2	ST; QL (4 EA por 1 día)
oxymorphone oral tablet 10 mg, 5 mg	Nivel 1	
oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 30 mg, 40 mg	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
ROXYBOND ORAL TABLET, ORAL ONLY 10 MG, 15 MG, 30 MG, 5 MG (oxycodone hcl)	Nivel 3	
tramadol oral solution 5 mg/ml	Nivel 1	PA
tramadol oral tablet 50 mg	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg, 300 mg	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 200 mg, 300 mg	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 (oxycodone myristate)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
XTAMPZA ER ORAL CAP, SPRINKL, ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG (oxycodone myristate)	Nivel 3	ST; QL (4 EA por 1 día)
XTAMPZA ER ORAL CAP, SPRINKL, ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG (oxycodone myristate)	Nivel 3	ST; QL (8 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
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)
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Combinaciones de Analgésicos Opioides con Hidrocodona - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Opioides Analgésicos Oxycodona y No Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML por 1 día)
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
Agonistas Analgésicos Opioides Parcialmente Mixtos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 28 días)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Nivel 1	
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); Edad (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); Edad (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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>butalbital-acetaminophen 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/cafeine</i> (Fioricet Oral Capsule 50-300-40 Mg)	Nivel 1	
<i>butalbital/acetaminophen</i> (Tencon Oral Tablet 50-325 Mg)	Nivel 1	
Antiinflamatorios - Inhibidores del Receptor del Complemento (C5) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (<i>avacopan</i>)	Nivel 4	PA
Antiinflamatorios - Bloqueadores Beta de Interleucina-1 - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML (<i>canakinumab/pf</i>)	Nivel 4	PA
Antiinflamatorio - Antagonista del Receptor de Interleucina-1 - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</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
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 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
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-dyyb</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>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
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
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, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-axxq</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML, 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 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
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-abda</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 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
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 10 MG/0.2 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (0.8 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.2 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.4 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.6 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.8 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 ML por 28 días)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (<i>abatacept</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Agentes Dirigidos a Células B - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-arrx</i>)	Nivel 4	PA
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML (<i>rituximab</i>)	Nivel 4	PA
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-pvvr</i>)	Nivel 4	PA
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-abbs</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Compuestos de Oro - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>auranofin oral capsule 3 mg</i>	Nivel 1	
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</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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 2	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cyclosporine, modified</i>)	Nivel 2	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	
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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (<i>penicillamine</i>)	Nivel 4	PA
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	
FAME (DMARD) - Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 (PDE4) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
OTEZLA ORAL TABLET 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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
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	
<i>tolmetin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TORONOVA II SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa))	Nivel 3	
TORONOVA SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa))	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	
<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 (naproxen)	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	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
Anestésico Local - Amidas - Medicamentos para Sedación		
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Nivel 1	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (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 % (hydrocortisone acetate/lidocaine hcl/aloe vera)	Nivel 1	
hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)	Nivel 1	
lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %	Nivel 1	
lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)	Nivel 1	
lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram)	Nivel 1	
lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-2.5 % (7 gram)	Nivel1	
lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %	Nivel 1	
lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal kit 3-2.5 % (7 gram)	Nivel 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (hydrocortisone acetate/pramoxine hcl)	Nivel 3	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine hcl)	Nivel 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine hcl/skin cleanser no.16)	Nivel 3	
Antídotos y otros Agentes de Reversión - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
Antídoto - Envenenamiento por Acetaminofén - 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
<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		
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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SYMPROIC ORAL TABLET 0.2 MG (<i>naldemedine tosylate</i>)	Nivel 2	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		
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
PIVYA ORAL TABLET 185 MG (<i>pivmecillinam hcl</i>)	Nivel 3	PA
Antibiótico Aminopenicilina - Combinaciones de Inhibidores de Betalactamasa - Antibióticos		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antihelmínticos - Derivados de Bencimidazol - Medicamentos para Parásitos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
EGATEN ORAL TABLET 250 MG (<i>triclabendazole</i>)	Nivel 3	
EMVERM ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG (<i>mebendazole</i>)	Nivel 2	PA
Agentes Antihelmínticos - Lactonas Macroclícas - 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>ivermectin oral tablet 3 mg, 6 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	
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		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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
Antilepróticos - Sulfonas - Antibióticos		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones Antipalúdicas - Medicamentos para Parásitos		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Nivel 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (<i>artemether/lumefantrine</i>)	Nivel 3	
Antipalúdicos - Medicamentos para Parásitos		
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG (<i>tafenoquine succinate</i>)	Nivel 3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (36 EA por 16 días)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 16 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG (<i>tafenoquine succinate</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 SURTIDO)
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)</i>	Nivel 2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Nivel 1	
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	Nivel 2	QL (100 EA por 30 días)
Agentes Antiprotozoarios - Derivados del Nitrofurano - Medicamentos para Parásitos		
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG (<i>nifurtimox</i>)	Nivel 3	
Agentes Antiprotozoarios - Derivados del Nitroimidazol - Medicamentos para Parásitos		
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antiprotozoarios - Otros - Medicamentos para Parásitos		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG (<i>miltefosine</i>)	Nivel 2	PA
Agentes Antiprotozoarios (Antiparasitarios) - Derivados de 5-Nitrotiazolilo - Medicamentos para Parásitos		
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML (<i>nitazoxanide</i>)	Nivel 3	QL (50 ML por 1 día)
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
Antiprotozoario-Antibacteriano de 1ª Generación 2-metil-5-nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML (<i>metronidazole</i>)	Nivel 3	PA
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antiprotozoario-Antibacteriano 2ª Generación 2-metil-5-nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones		
SOLOSEC ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 2 GRAM (<i>secnidazole</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antirretroviral - Anticuerpo Monoclonal Anti-CD4 Dominio 2 - Medicamentos para Infecciones Virales		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) (<i>ibalizumab-uiyk</i>)	Nivel 2	PA
Antirretroviral - Antagonista del Correceptor CCR5 - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>maraviroc</i>)	Nivel 2	QL (31 ML por 1 día)
Antirretrovirales - Inhibidores de la Fijación de CD4 - Medicamentos para Infecciones Virales		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG (<i>fostemsavir tromethamine</i>)	Nivel 2	PA
Antirretroviral - Inhibidores de la Fusión del VIH-1 - Medicamentos para Infecciones Virales		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG (<i>enfuvirtide</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
Antirretroviral - Inhibidores de la Transferencia de Hebras de la Integrasa del VIH-1 - Medicamentos para Infecciones Virales		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (<i>cabotegravir</i>)	\$0	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	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 0.15 EN 1 DÍA, SURTIR 7 EN 365 DÍAS Y NO TENER HISTORIAL DE MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (21 ML por 365 días); Edad (Mín 12 Años)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
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)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (<i>bedaquiline fumarate</i>)	Nivel 4	PA
Antituberculosos - Derivados del Ácido Isonicotínico - Antibióticos		
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Antituberculosos - Derivados de Niacinamida - Antibióticos		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antituberculosos - Derivados del Nitroimidazol - Antibióticos		
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
Antituberculosos - Rifamicina y Derivados - Antibióticos		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (<i>rifapentine</i>)	Nivel 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Otros Agentes Antituberculosos - Antibióticos		
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG (<i>ethionamide</i>)	Nivel 3	
Combinaciones de Antibióticos Carbapenémicos - Antibióticos		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Cefalosporinas - 2.^a Generación - Antibióticos		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Cefalosporinas - 3.^a Generación - Antibióticos		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
SUPRAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 500 MG/5 ML (<i>cefixime</i>)	Nivel 2	
SUPRAX ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG, 200 MG (<i>cefixime</i>)	Nivel 2	
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agente Antiviral CMV - Inhibidores del Complejo de Terminasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
PREVYMIS ORAL PELLETS IN PACKET 120 MG, 20 MG (<i>letermovir</i>)	Nivel 3	PA
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	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Glicopéptidos - Antibióticos		
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (56 EA por 1 SURTIDO)
<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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (<i>entecavir</i>)	Nivel 4	QL (630 ML por 30 días)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 4	QL (1 EA por 1 día)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
Tratamiento de la Hepatitis B - Análogos de Nucleótidos (Antivirales) - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	Nivel 4	QL (1 EA por 1 día)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (<i>tenofovir alafenamide</i>)	Nivel 4	QL (1 EA por 1 día)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	Nivel 2	QL (240 GM por 30 días)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
Hepatitis C - Interferones - Medicamentos para Infecciones Virales		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Nivel 4	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Nivel 4	PA
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Proteasa NS5A, NS3/4A, Combinación de Inhibidor de Polimerasa Nucleo.NS5B - Medicamentos para Infecciones Virales		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (<i>sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir</i>)	Nivel 4	PA
Hepatitis C - Combinaciones de Polimerasa NS5B e Inhibidor de NS5A - Medicamentos para Infecciones Virales		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>)	Nivel 4	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>)	Nivel 4	PA
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (<i>ledipasvir/sofosbuvir</i>)	Nivel 4	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (<i>ledipasvir/sofosbuvir</i>)	Nivel 4	PA
Hepatitis C - Inhibidores de la Polimerasa NS5B Análogos de Nucleós(t)idos - Medicamentos para Infecciones Virales		
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG, 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Nivel 4	PA
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Nivel 4	PA
Hepatitis C - Análogos de Nucleósidos - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agente Antiviral Contra el Herpes - Análogos de Timidina - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antivirales Contra la Influenza - Inhibidores de la Neuraminidasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	QL (40 EA por 180 días)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA por 180 días)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (360 ML por 180 días)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION (<i>zanamivir</i>)	Nivel 3	QL (40 EA por 180 días)
Agentes Antivirales Contra la Influenza - Inhibidor de la Endonucleasa PA - Medicamentos para Infecciones Virales		
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (<i>baloxavir marboxil</i>)	Nivel 2	QL (4 EA por 180 días)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG (<i>baloxavir marboxil</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 180 días)
Agentes Antivirales de la Influenza A - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Lincosamida - Antibióticos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Nivel 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (<i>fidaxomicin</i>)	Nivel 2	QL (10 ML por 1 día)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (<i>fidaxomicin</i>)	Nivel 2	QL (20 EA por 10 días)
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 400 Oral Tablet 400 Mg)	Nivel 1	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec) 250 Mg, 500 Mg)	Nivel 1	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) ORAL TABLET 250 MG (<i>erythromycin stearate</i>)	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec) 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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	PA
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 Penicilinasa - Antibióticos		
<i>dicloxacillin 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
Antibióticos Pleuromutilina - Antibióticos		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (<i>lefamulin acetate</i>)	Nivel 3	PA
Inhibidores de Proteasa (No Peptídicos) Antirretrovirales - Medicamentos para Infecciones Virales		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (<i>tipranavir</i>)	Nivel 2	QL (4 EA por 1 día)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (<i>darunavir ethanolate/cobicistat</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (<i>darunavir</i>)	Nivel 2	QL (400 ML por 30 días)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (<i>darunavir</i>)	Nivel 2	QL (8 EA por 1 día)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir</i>)	Nivel 2	QL (16 EA por 1 día)
Inhibidores de Proteasa (Peptídicos) Antirretrovirales - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>atazanavir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (<i>atazanavir sulfate/cobicistat</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
NORVIR ORAL 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Sincitial Respiratorio (VRS) - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	Nivel 1	
Rifamicinas y Antibióticos Derivados Relacionados - 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	
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 MG (10)- 100 MG (10) (<i>nirmatrelvir/ritonavir</i>)	\$0	QL (20 EA por 28 días); Edad (Mín 12 Años)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG (<i>nirmatrelvir/ritonavir</i>)	\$0	QL (30 EA por 28 días); Edad (Mín 12 Años)
Agente Antiviral SARS-CoV-2 - Inhibidores de la ARN Polimerasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG (<i>molnupiravir</i>)	\$0	QL (40 EA por 29 días); Edad (Mín 18 Años)
Antibiótico Sulfonamida - Antibióticos		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos de Tetraciclina - Antibióticos		
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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 capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<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	
EMROSI ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 40 MG (<i>minocycline hcl</i>)	Nivel 3	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>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxylene NI Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxylene NI Oral Capsule 75 Mg)	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (<i>omadacycline tosylate</i>)	Nivel 3	PA
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antivirales del Virus Variola (Viruela) - Medicamentos para Infecciones Virales		
TEMBEXA ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (<i>brincidofovir</i>)	Nivel 2	
TEMBEXA ORAL TABLET 100 MG (<i>brincidofovir</i>)	Nivel 2	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TPOXX (NATIONAL STOCKPILE) ORAL CAPSULE 200 MG (<i>tecovirimat</i>)	Nivel 2	
Antineoplásicos		
Antineoplásico - AKT (Proteína Quinasa B (PKB)) Inhibidor		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (<i>capivasertib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Dirigido a HER2		
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG (<i>zanidatamab-hrii</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Anticuerpo Monoclonal Dirigido a Claudina (CLDN)		
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>zolbetuximab-clzb</i>)	Nivel 4	PA
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
Antineoplásicos - Inhibidores de la Menina		
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG (<i>revumenib citrate</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		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>bevacizumab-bvzr</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-Epidérmico.Factor de Crecimiento-EGFR (ErbB1),HER2 (ErbB2)R.Inhib - Medicamentos para el Cáncer		
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Anticuerpo MC Inhibidor del Receptor EGFR y MET Biespecífico - Medicamentos para el Cáncer		
RYBREVA 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
<i>abiraterone acetate</i> (Abirtega Oral Tablet 250 Mg)	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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Alquilsulfonatos - Medicamentos para el Cáncer		
<i>busulfan intravenous solution 60 mg/10 ml</i>	Nivel 4	
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (<i>busulfan</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásico - Agente Alquilante - Etileniminas y Metilmelaminas - Medicamentos para el Cáncer		
TEPADINA INJECTION RECON SOLN 100 MG (<i>thiotepa</i>)	Nivel 4	
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg, 15 mg</i>	Nivel 4	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Metilhidracinas - Medicamentos para el Cáncer		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (<i>procarbazine hcl</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásico - Agente Alquilante - Mostazas Nitrogenadas - Medicamentos para el Cáncer		
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (<i>brigatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (<i>lorlatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (<i>crizotinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG (<i>crizotinib</i>)	Nivel 4	PA: OCH
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (<i>ceritinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Antiadrenales - Medicamentos para el Cáncer		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (<i>mitotane</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásicos - Antiandrógenos - Medicamentos para el Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<i>abiraterone acetate</i> (Abirtega Oral Tablet 250 Mg)	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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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		
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG (<i>pemetrexed dipotassium</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
<i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pemetrexed intravenous solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
PEMFEXY INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>pemetrexed</i>)	Nivel 4	PA
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>pemetrexed disodium</i>)	Nivel 4	PA
<i>pralatrexate intravenous solution 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 4	PA
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (<i>methotrexate sodium</i>)	Nivel 2	OCH
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (<i>methotrexate</i>)	Nivel 3	ST; OCH; QL (120 ML por 60 días)
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos de Purina - Medicamentos para el Cáncer		
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	Nivel 4	
<i>clofarabine intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>fludarabine intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>fludarabine intravenous solution 50 mg/2 ml</i>	Nivel 4	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i>	Nivel 4	ST; OCH
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>nelarabine intravenous solution 250 mg/50 ml</i>	Nivel 4	
NIPENT INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG (<i>pentostatin</i>)	Nivel 4	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (<i>mercaptopurine</i>)	Nivel 4	ST; OCH
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (<i>thioguanine</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos de Pirimidina - Medicamentos para el Cáncer		
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	Nivel 4	
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	Nivel 4	
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	Nivel 4	
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 100 mg/ml, 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	Nivel 4	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INFUGEM INTRAVENOUS PIGGYBACK 1,200 MG/120 ML (10 MG/ML), 1,300 MG/130 ML (10 MG/ML), 1,400 MG/140 ML (10 MG/ML), 1,500 MG/150 ML (10 MG/ML), 1,600 MG/160 ML (10 MG/ML), 1,700 MG/170 ML (10 MG/ML), 1,800 MG/180 ML (10 MG/ML), 1,900 MG/190 ML (10 MG/ML), 2,000 MG/200 ML (10 MG/ML), 2,200 MG/220 ML (10 MG/ML) (gemcitabine hcl in 0.9 % sodium chloride)	Nivel 4	
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (azacitidine)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados de la Urea - Medicamentos para el Cáncer		
hydroxyurea oral capsule 500 mg	Nivel 1	OCH
Antineoplásicos - Antimetabolitos - Combinaciones de Análogos de Pirimidina - Medicamentos para el Cáncer		
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG (trifluridine/tipiracil hcl)	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 (nivolumab-relatlimab-rmbw)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Anti-SLAMF7 - Medicamentos para el Cáncer		
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG (elotuzumab)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Inhibidores de la Aromatasa - Medicamentos para el Cáncer		
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0	OCH; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0	OCH; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	OCH
Antineoplásico - Compuestos de Arsénico - Medicamentos para el Cáncer		
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 4	
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML (<i>arsenic trioxide</i>)	Nivel 4	
Antineoplásicos - Gentes de Terapia Enzimática Asparaginasa - Medicamentos para el Cáncer		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION 750 UNIT/ML (<i>calaspargase pegol-mknl</i>)	Nivel 4	PA
ERWINASE INJECTION RECON SOLN 10,000 UNIT (<i>asparaginase (erwinia chrysanthemi)</i>)	Nivel 4	
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML (<i>tovorafenib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6) (<i>tovorafenib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (<i>dabrafenib mesylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG (<i>dabrafenib mesylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (<i>vemurafenib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor de la Tirosina Quinasa de Bruton (BTK) - Medicamentos para el Cáncer		
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (<i>zanubrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (<i>acalabrutinib maleate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>pirtobrutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Antagonista del Receptor de Quimiocina CC 4 (CCR4), Rec-MAb - Medicamentos para el Cáncer		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML (<i>mogamulizumab-kpkc</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Anticuerpo Dirigido a CD19 - Conjugado de Agente Alquilante - Medicamentos para el Cáncer		
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG (<i>loncastuximab tesirine-lpyl</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD19 - Medicamentos para el Cáncer		
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG (<i>tafasitamab-cxix</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD20 - Medicamentos para el Cáncer		
ARZERRA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML (<i>ofatumumab</i>)	Nivel 4	PA
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/40 ML (<i>obinutuzumab</i>)	Nivel 4	PA
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-arrx</i>)	Nivel 4	PA
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) (<i>rituximab/hyaluronidase, human recombinant</i>)	Nivel 4	PA
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML (<i>rituximab</i>)	Nivel 4	PA
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-pvvr</i>)	Nivel 4	PA
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-abbs</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD38 - Medicamentos para el Cáncer		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML (<i>daratumumab-hyaluronidase-fihj</i>)	Nivel 4	PA
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>daratumumab</i>)	Nivel 4	PA
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>isatuximab-irfc</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa Dependiente de Ciclina (CDK) 4/6 - Medicamentos para el Cáncer		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3) (<i>ribociclib succinate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (<i>abemaciclib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Antígeno de Linfocitos T Citotóxicos (CTLA-4), Anticuerpo R-MC - Medicamentos para el Cáncer		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>tremelimumab-actl</i>)	Nivel 4	PA
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) (<i>ipilimumab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Inhibidor del Receptor 2 del Factor de Crecimiento Epidérmico (HER2) - Medicamentos para el Cáncer		
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (<i>tucatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Epipodofilotoxinas - Medicamentos para el Cáncer		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	OCH
Antineoplásicos - Epotilonas y Análogos - Medicamentos para el Cáncer		
IXEMPRA INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG, 45 MG (<i>ixabepilone</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Inhibidores de la Exportina-1 (XPO1) - Medicamentos para el Cáncer		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (<i>selinexor</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor de Histona Metiltransferasa (HMT) EZH2 - Medicamentos para el Cáncer		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (<i>tazemetostat hydrobromide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibición de la Quinasa del Receptor del Factor de Crecimiento de Fibroblastos (FGFR) -Medicamentos para el Cáncer		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG (<i>erdafitinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) (<i>futibatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG (<i>pemigatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores de Tirosina Quinasa 3 (FLT3) Similares a FMS - Medicamentos para el Cáncer		
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG (<i>quizartinib dihydrochloride</i>)	Nivel 4	PA; OCH
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG (<i>gilteritinib fumarate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor de la Vía Hedgehog- Medicamentos para el Cáncer		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (<i>glasdegib maleate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (<i>vismodegib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (<i>sonidegib phosphate</i>)	Nivel 4	PA; OCH

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antineoplásicos - Inhibidores de la Histona Desacetilasa (HDAC) - Medicamentos para el Cáncer		
BELEODAQ INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG (<i>belinostat</i>)	Nivel 4	PA
ISTODAX INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG/2 ML (<i>romidepsin</i>)	Nivel 4	PA
<i>romidepsin intravenous recon soln 10 mg/2 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>romidepsin intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (<i>vorinostat</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásicos - Inhibidores del Factor Inducible por Hipoxia (HIF) - Medicamentos para el Cáncer		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (<i>belzutifan</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Interferones - Medicamentos para el Cáncer		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (<i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Inhibidores de la Interleucina-6 (IL-6), Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para el Cáncer		
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG (<i>siltuximab</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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, 240 MG, 320 MG (<i>sotorasib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Supresores Hipofisarios Análogos Agonistas de LHRH (GnRH) - Medicamentos para el Cáncer		
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous solution 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG (<i>mirdametinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG (<i>mirdametinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (<i>selumetinib sulfate</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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antineoplásicos - Inhibidores 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		
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG (<i>inavolisib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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 160 MG, 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
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG (<i>nilotinib tartrate</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
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG (<i>vimseltinib</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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	Nivel 4	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>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	
HYCANTIN 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 recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml</i>	Nivel 4	
<i>idarubicin intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
<i>valrubicin intravesical solution 40 mg/ml</i>	Nivel 4	
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION 40 MG/ML (<i>valrubicin</i>)	Nivel 4	
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
mitomycin intravesical syringe 20 mg/40 ml (0.5 mg/ml), 40 mg/40 ml (1 mg/ml)	Nivel 4	
mitomycin (Mutamycin Intravenous Recon Soln 20 Mg, 40 Mg, 5 Mg)	Nivel 4	
ZANOSAR INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM (streptozocin)	Nivel 4	
Antineoplásico - Agente Alquilante-Tetrahidroisoquinolina y Derivados - Medicamentos para el Cáncer		
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (trabectedin)	Nivel 4	PA
ZEPZELCA INTRAVENOUS RECON SOLN 4 MG (lurbinectedin)	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 (avelumab)	Nivel 4	PA
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (durvalumab)	Nivel 4	PA
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML (atezolizumab-hyaluronidase-tqjs)	Nivel 4	PA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML) (atezolizumab)	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 (dostarlimab-gxly)	Nivel 4	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (pembrolizumab)	Nivel 4	PA
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (cemiplimab-rwlc)	Nivel 4	PA
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML) (toripalimab-tpzi)	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
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML (<i>nivolumab-hyaluronidase-nvhy</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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG (<i>ado-trastuzumab emtansine</i>)	Nivel 4	PA
antineoplásico -HER2 Conjugado Inhibidor de Topoisomerasa I-Anticuerpo dirigido - Medicamentos para el Cáncer		
ENHERTU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>fam-trastuzumab deruxtecan-nxki</i>)	Nivel 4	PA
Conjugado Inhibidor de Microtúbulos y Anticuerpo dirigido Antineoplásico-nectina-4 - Medicamentos para el Cáncer		
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG (<i>enfortumab vedotin-ejfv</i>)	Nivel 4	PA
Combinación de Antineoplásico-Análogo de Pirimidina e Inhibidor de Citidina Desaminasa - Medicamentos para el Cáncer		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG (<i>decitabine/cedazuridine</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico-Factor Tisular Dir. Conjunto Disruptor Anticuerpo-Microtúbulos - Medicamentos para el Cáncer		
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG (<i>tisotumab vedotin-tftv</i>)	Nivel 4	PA
Conjugado Inhibidor de Topoisomerasa I-Anticuerpo Dirigido Antineoplásico-TROP2 - Medicamentos para el Cáncer		
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>datopotamab deruxtecan-dlnk</i>)	Nivel 4	PA
TRODELVY INTRAVENOUS RECON SOLN 180 MG (<i>sacituzumab govitecan-hziy</i>)	Nivel 4	PA
Inhibidor Antineoplásico del Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A, B y PlGF) - 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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML (<i>elranatamab-bcmm</i>)	Nivel 4	PA
Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido a CD19 - Medicamentos para el Cáncer		
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT 35 MCG (<i>blinatumomab</i>)	Nivel 4	PA
BLINCYTO INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MCG (<i>blinatumomab</i>)	Nivel 4	PA
Bloqueador del Subdominio II del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (HER2), Rec-MC Ab - Medicamentos para el Cáncer		
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION 420 MG/14 ML (30 MG/ML) (<i>pertuzumab</i>)	Nivel 4	PA
Bloqueador del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (tipo HER-1), Anticuerpo Rec-MC - Medicamentos para el Cáncer		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML (<i>cetuximab</i>)	Nivel 4	PA
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/50 ML (16 MG/ML) (<i>necitumumab</i>)	Nivel 4	PA
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) (<i>panitumumab</i>)	Nivel 4	PA
Bloqueador del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (tipo HER2), Anticuerpo Rec-MC - Medicamentos para el Cáncer		
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
HERCESSI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-strf</i>)	Nivel 4	PA
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-pkrb</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
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-anns</i>)	Nivel 4	PA
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>margetuximab-cmkb</i>)	Nivel 4	PA
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-dkst</i>)	Nivel 4	PA
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-dttb</i>)	Nivel 4	PA
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,200 MG-600MG- 30000 UNIT/15ML, 600 MG-600 MG- 20000 UNIT/10ML (<i>pertuzumab-trastuzumab-hyaluronidase-zzxf</i>)	Nivel 4	PA
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG (<i>trastuzumab-qyyp</i>)	Nivel 4	PA
TCR Monoclonal Inmunomovilizador Contra el Cáncer (ImmTAC)- Medicamentos para el Cáncer		
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (<i>tebentafusp-tebn</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Rescate de Metotrexato - Tipo Carboxipeptidasa G2 - Medicamentos para el Cáncer		
VORAXAZE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (<i>glucarpidase</i>)	Nivel 4	
Agentes de Rescate de Metotrexato - Medicamentos para el Cáncer		
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG (<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution 10 mg/ml</i>	Nivel 4	
VORAXAZE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (<i>glucarpidase</i>)	Nivel 4	
Agentes de Rescate de Metotrexato - Tipo Antagonista del Ácido Fólico - Medicamentos para el Cáncer		
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG (<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		
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
ULTILET ALCOHOL SWAB TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
WEBCOL TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
Antiséptico – Liberadres de Cloro - Antisépticos y Desinfectantes		
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (<i>hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluole.water</i>)	Nivel 3	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (<i>hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water</i>)	Nivel 3	
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (<i>hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML (<i>respiratory syncytial virus vacc. antigen/as01e adjuvant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (<i>respiratory syncytial virus vaccine, pref protein, mrna/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
Biológicos - Agentes Biológicos		
Extractos Alergénicos - Polen de Hierba - Agentes Biológicos		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU (<i>allergenic extract,grass pollen-timothy,standard</i>)	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 INDX REACTIVITY, 300 INDX REACTIVITY (<i>grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/kentucky/timothy, std.</i>)	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 IR (3) /300 IR (6) (<i>grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/kentucky/timothy, std.</i>)	Nivel 3	PA
Extractos Alergénicos - Extractos de Ácaros - Agentes Biológicos		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (<i>allergenic extract, mite-d.farinae-d.pteronysinus,standard</i>)	Nivel 2	PA
Extractos alergénicos - Polen de Malez - Agentes Biológicos		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
Vacuna Contra la Hepatitis A - Agentes Únicos - Vacunas		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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/diphth,pertus(acell),tet,polio vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML (<i>diphtheria,pertus(acell),tetanus/hepb/polio /hib conj-meng/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML (<i>diphtheria,pertus(acell),tetanus/hepb/polio /hib conj-meng/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b vaccine recombinant/vaccine adjuvant cpg 1018/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PREHEVBRIQ (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant, isoform s,m,l/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM (<i>immune globulin,gamm(igg)/glycine/glucose/iga 0 to 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (<i>immune globulin,gamma(igg)/glycine/iga average 46 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 % (<i>immune globulin,gamm(igg)/sorbitol/glycin/iga 0 to 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (<i>immune globulin,gamma(igg)/glycine/iga 0 to 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (<i>immune globulin,gamma(igg)/glycine/iga average 46 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HYQVIA IG COMPONENT SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 30 GRAM/300 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (<i>immune globulin,gamm(igg)/glycine/iga greater than 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %) (<i>immune globulin,gamma(igg) human/hyaluronidase, human recomb</i>)	Nivel 4	PA
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 % (<i>immune globulin,gamm(igg)/maltose/iga greater than 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (<i>immune globulin,gamma(igg)-ifas human/glycine</i>)	Nivel 4	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (<i>immune globulin,gamma (igg)/proline/iga 0 to 50 mcg/ml</i>)	Nivel 4	PA
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (<i>immune globulin,gamma (igg)-klhw human</i>)	Nivel 4	PA
Inmunoglobulina - Hepatitis B - Agentes Biológicos		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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, GREATER 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	
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,500 UNIT (300 MCG) (<i>rho(d) immune globulin</i>)	Nivel 3	
RHOPHYLAC INJECTION SYRINGE 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML (<i>rho(d) immune globulin</i>)	Nivel 3	
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML, 15000 UNIT(3000 MCG)/13 ML, 2,500 UNIT (500 MCG)/2.2 ML, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML (<i>rho(d) immune globulin/maltose</i>)	Nivel 4	
Inmunoglobina - Varicela-zóster - 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
FLUMIST TRIVALENT 2024-2025 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (<i>influenza vaccine trivalent live 2024-2025 (2 yrs-49 yrs)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 (<i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral attenuated, 89-12 strain, g1p(8)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral pentavalent</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (<i>varicella virus vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (<i>cholera vaccine, live</i>)	Nivel 3	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (<i>cholera vaccine, live</i>)	Nivel 3	
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (<i>typhoid vacc, live, attenuated</i>)	Nivel 3	
Agentes Desensibilizantes al Maní - Agentes Biológicos		
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PALFORZIA (LEVEL 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 (4-17 YRS) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
Combinaciones de Vacunas Toxoides - Vacunas		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML <i>(diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML <i>(diphtheria, pertussis (acell), tetanus pediatric vaccine/pf)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML <i>(diphtheria, pertussis (acell), tetanus pediatric vaccine/pf)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML <i>(diphtheria, pertussis(acell),tetanus,polio vaccine/pf)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML <i>(hep b virus,rcmb/diphth,pertus(acell),tet,polio vaccine/pf)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML <i>(diphtheria,pertussis(acell),tetanus,polio/h aemophilus b/pf)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (<i>diphtheria, pertussis(acell),tetanus,polio vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (<i>diphtheria, pertussis(acell),tetanus,polio vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adult</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML (<i>diphtheria,pertus(acell),tetanus/hepb/polio /hib conj-meng/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 SYRINGE 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML (<i>diphtheria,pertus(acell),tetanus/hepb/polio/hib conj-meng/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML (<i>haemophilus b conjugate vaccine(tetanus toxoid conjugate)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML (<i>haemophilus b conjugate vaccine (meningococcal prot.conj)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (<i>typhoid vacc, live, attenuated</i>)	Nivel 3	
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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML (<i>meningococcal vaccine a,c,y,w-135,diphtheria toxoid conj/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML (<i>meningococcal vaccine a,c,y,w-135,diphtheria toxoid conj/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5- 120 MCG/0.5 ML (<i>meningococ a,c,y,w-135,tt comp/n. mening b,fhbp rec comp/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
Vacuna Bacteriana - Cocos grampositivos - Vacunas		
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>pneumococcal 21-valent conjugate vaccine (diphtheria crm)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (<i>pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (diphtheria crm)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (<i>neisseria meningitidis group b, lipidated fhbp recombinant</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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		
VAXELIS (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML (<i>diphtheria,pertus(acell),tetanus/hepb/polio /hib conj-meng/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 SYRINGE 15 UNIT-5 UNIT- 10 MCG/0.5 ML (<i>diphtheria,pertus(acellular),tetanus/hepb/polio/hib conj-meng/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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
PFIZER COVID 2024-25(6MO-4Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3 MCG/0.3 ML (<i>covid vacc 2024-2025 (6 months-4 years old) (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
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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>human papillomavirus vaccine, 9-valent/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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 trival split 2024-25 (36 mos up)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
AFLURIA TRIV 2024-2025 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine trivalent 2024-25 (6 mos and older)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUAD TRIV 2024-25(65Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza vaccine trivalent 2024-2025 (65 yr up)/mf59c.1/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FLUARIX TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine tvs 2024-2025(6 months and older)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUBLOK TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine tv 2024-25(18 yrs and older)rcmb/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>flu vaccine tri 2024-2025(6 month and older)cell derived/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>flu vaccine triv 2024-2025(6 month and older)cell derived</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLULAVAL TRIV 2024-2025 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine tvs 2024-2025(6 months and older)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUMIST TRIVALENT 2024-2025 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (<i>influenza vaccine trivalent live 2024-2025 (2 yrs-49 yrs)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUZONE QUAD SOUTH HEM2024(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vacc quad 2024 south hem (6 mos and up)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUZONE QUAD SOUTHERN HEM 2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vacc quad 2024 south hem (6 months and up)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
FLUZONE TRIV 2024-2025 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine trivalent 2024-25 (6 mos and older)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 (<i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 (<i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
Vacuna Viral - Poliomielitis - Vacunas		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (<i>poliomyelitis vaccine, killed</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML (<i>varicella-zoster virus glycoprotein e,rec/as01b adjuvant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (<i>varicella virus vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
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 CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 (<i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO CON RESTRICCIONES QUE APLICAN SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CDC
Agentes de Terapia Cardiovascular		
Antihiperlipidémico - Inhibidores de la Síntesis de Apolipoproteína C-III		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (<i>olezarsen 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
Antagonista del Receptor de Endotelina-Angiotensina		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>sparsentan</i>)	Nivel 4	PA
Antagonista del Receptor PAH-Endotelina - Selective cGMP PDE5 Inhibitor Comb		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG (<i>macitentan/tadalafil</i>)	Nivel 4	PA
Agente para la Hipertensión Pulmonar - Activin Receptor IIA-Fc (ActRIIA)		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 60 MG (<i>sotatercept-csrk</i>)	Nivel 4	PA
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de la ECA (ACE) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	ST; QL (1200 ML por 30 días)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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	
<i>labetalol oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
Combinación de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (BRA) y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<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-hcthidiazid 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-hcthidiazid 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II e Inhibidor de Neprilisina (ARNi) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG (<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 PELLET 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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Nivel 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Nivel 1	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 1	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG (<i>disopyramide phosphate</i>)	Nivel 2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	Nivel 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Antiarrítmico - Clase Ib - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
Antiarrítmico - Clase Ic - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (<i>dronedarone hcl</i>)	Nivel 2	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Nivel 1	
Antiarrítmico - Clase IV - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Antihiperlipidémico - Inhibidor Similar a la Sngiopoyetina 3 (ANGPTL3), MAb - Medicamentos para el Colesterol		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION 150 MG/ML (<i>evinacumab-dgnb</i>)	Nivel 4	PA
Antihiperlipidémico - Inhibidores de la Apolipoproteína - Medicamentos para el Colesterol		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (<i>olezarsen sodium</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</i> (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
<i>cholestyramine</i> (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>cholestyramine</i> (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
<i>cholestyramine</i> (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
Antihiperlipidémicos - Derivados del Ácido Fóbrico - Medicamentos para el Colesterol		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Nivel 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
Antihiperlipidémicos - Inhibidores de la HMG CoA Reductasa (Estatinas) - Medicamentos para el Colesterol		
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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	Nivel 2	ST
Antihiperlipidémicos - Inhibidores de PCSK9 - Medicamentos para el Colesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (<i>alirocumab</i>)	Nivel 3	ST
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (<i>evolocumab</i>)	Nivel 2	ST
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	Nivel 2	ST
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	Nivel 2	ST
Antihiperlipidémico - Inhibidor Selectivo de la Absorción de Colesterol - Medicamentos para el Colesterol		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
Antihiperlipidémico - ATP-Citrato Liasa e Inhibidor de la Absorción de Colesterol - Medicamentos para el Colesterol		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG (<i>bempedoic acid/ezetimibe</i>)	Nivel 2	ST
Inhibidor Antihiperlipidémico del Reducto HMG CoA y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para el Colesterol		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
Inhibidores Antihiperlipidémicos-HMG CoA Reductores e Inhibidores de Absorción de Colesterol - Medicamentos para el Colesterol		
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA por 1 día)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl</i> (Tiadylt Er Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
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
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>levamlodipine oral tablet 2.5 mg, 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
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 SURTIDO)
NEFFY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 1 MG/SPRAY (0.1 ML), 2 MG/SPRAY (0.1 ML) (<i>epinephrine</i>)	Nivel 3	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	
<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 1	
<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 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
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG) (<i>digoxin</i>)	Nivel 2	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	
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>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
<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	
INZIRQO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 MG/ML (<i>hydrochlorothiazide</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>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
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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (<i>diazepam</i>)	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
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 2	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
vigabatrin (Vigadrone Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 4	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 4	PA
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (vigabatrin)	Nivel 4	PA
vigabatrin (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 4	PA
Anticonvulsivo - Hidantoínas - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
phenytoin sodium extended (Dilantin Extended Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 2	
phenytoin (Dilantin Infatabs Oral Tablet, Chewable 50 Mg)	Nivel 2	
phenytoin sodium extended (Dilantin Oral Capsule 30 Mg)	Nivel 3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML (phenytoin)	Nivel 2	
phenytoin sodium extended (Phenytek Oral Capsule 200 Mg, 300 Mg)	Nivel 2	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	Nivel 1	
phenytoin oral tablet, chewable 50 mg	Nivel 1	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	Nivel 1	
Anticonvulsivante - Derivados del Iminostilbeno - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 3	QL (2 EA por 1 día)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	Nivel 1	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 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
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 2	
<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 2	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 2	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 2	
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, sprinkle 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>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 Feniltiazina - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7) (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 3	ST
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7) (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 3	ST
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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
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 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
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	
<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 3	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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antidepresivo - 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	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>trazodone hcl</i>)	Nivel 3	PA
<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	
<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		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antiparkinsonianos - Combinaciones Dopaminérgicas-Periféricas COMT-Inhibidores de Dopa-Descarboxilasa - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	Nivel 1	
Antiparkinsonianos - Combinaciones de Inhibidores de Dopaminérg y Dopa-d Descarboxilasa Periférica - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 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)
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML (<i>foscarbidopa/foslevodopa</i>)	Nivel 4	PA
Ayudante Antiparkinsoniano - Antagonista del Receptor de Adenosina - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (<i>istradefylline</i>)	Nivel 4	PA
Ayudante 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)
Ayudante Antiparkinsoniano - Inhibidores Periféricos de la COMT - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (<i>opicapone</i>)	Nivel 3	PA

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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)
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML (<i>apomorphine hcl</i>)	Nivel 4	PA
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antipsicótico - Atyp Dopamina-Serotonina Antag Dibenzo-Oxepino Pirroles - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR (<i>asenapine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antipsicótico - Dopamina-Serotonina Atípica Antag-Bencisotiazolinona - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antipsicótico - Derivado Atípico de Dopamina-Serotonina Antag-bencisoxazol - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	Nivel 4	QL (1 ML por 21 días)
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)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	Nivel 4	QL (1.32 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 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)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML (<i>risperidone</i>)	Nivel 4	QL (0.56 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 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	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 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 - 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	
Antipsicótico - Tioxantenos - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>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		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (<i>pimavanserin tartrate</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
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)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 3	ST
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 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 2	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)
<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
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 (amphetamine)	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 (amphetamine)	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 (methylphenidate hcl)	Nivel 2	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)
methylphenidate hcl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
methamphetamine oral tablet 5 mg	Nivel 1	QL (150 EA por 30 días)
methylphenidate hcl oral cap,er sprinkle,biphasic 40-60 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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>methlyphenidate 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); Edad (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	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
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	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 2	
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (<i>divalproex sodium</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>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine</i> (Epitol Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
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 2	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (<i>carbamazepine</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
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 2	
<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)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 3	ST
<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,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (<i>amphetamine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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); Edad (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)
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 Tratar el Insomnio		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (<i>tasimelteon</i>)	Nivel 4	PA
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Nivel 4	PA
Terapia para Migraña - Derivados del Ácido Carboxílico - Medicamentos para Migrañas		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	
<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, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 30 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
LUMRYZ STARTER PACK ORAL GRANULES ER PACKET, DOSE PACK 4.5-6-7.5 GRAM (<i>sodium oxybate</i>)	Nivel 4	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (<i>sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate</i>)	Nivel 4	PA
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Antagonista del Receptor H3/Agonista Inverso - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG, 4.45 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - No Simpaticomimético - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado de Piperidina - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpaticomimético, Anfetaminas - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi 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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
Sedantes-Hipnóticos - Antagonista del Receptor de Orexina - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (<i>suvorexant</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>lemborexant</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
QUVIVIQ ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (<i>daridorexant hcl</i>)	Nivel 3	PA
Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos de los Receptores Adrenérgicos Alfa2 - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (<i>dexmedetomidine hcl</i>)	Nivel 3	PA
Sedantes-Hipnóticos - Tipo de Antidepresivo Tricíclico - Medicamentos para Tratar el Insomnio		
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
Dependencia Química, Agentes para Tratar – Medicamentos para Tratar la Adicción		
Agentes para la Abstinencia de Opioides, Tipo Agonista Adrenérgico Alfa-2 Central - Medicamentos para Tratar la Adicción a Opioides		
<i>lofexidine oral tablet 0.18 mg</i>	Nivel 1	PA
Agentes para la Abstinencia de Opioides, Tipo Opiode - Medicamentos para Tratar la Adicción a Opioides		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 128 MG/0.36 ML, 16 MG/0.32 ML, 24 MG/0.48 ML, 32 MG/0.64 ML, 64 MG/0.18 ML, 8 MG/0.16 ML, 96 MG/0.27 ML (<i>buprenorphine</i>)	Nivel 4	
<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, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	
<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	
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	

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 tartrate 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 tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 2 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (2 EA por 1 día)
Coadyuvantes Químicos-Farmacéuticos		
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos de Inhalación		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 % (<i>sodium chloride for inhalation</i>)	Nivel 3	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % (<i>sodium chloride for inhalation</i>)	Nivel 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % (<i>sodium chloride for inhalation</i>)	Nivel 3	
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Nivel 1	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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)
ZUNVEYL ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10 MG, 15 MG, 5 MG (<i>benzgalantamine gluconate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
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		
<i>memantine-donepezil oral capsule, sprinkle, er 24hr 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 21-10 MG (<i>memantine hcl/donepezil hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 7-10 MG (<i>memantine hcl/donepezil hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Vasodilatadores Cerebrales - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
Anticonceptivos - Medicamentos para el Cuidado Femenino		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
PARAGARD T380A (SINGLE HAND) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (<i>copper</i>)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Intrauterino - DIU de Progesterona - Píldoras Anticonceptivas		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i> (Jaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 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
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
BEYAZ ORAL TABLET 3-0.02-0.451 MG (24) (4) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	\$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 (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Charlotte 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norgestrel-ethinyl estradiol (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)	\$0	CT; EHB
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	\$0	CT; EHB
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
norgestimate-ethinyl estradiol (Estarylla Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	\$0	CT; EHB
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Feirza Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7), 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
FEMLYV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1 MG- 20 MCG (norethindrone acetate/ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemmiily Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Iclevia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Isibloom Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ethinyl estradiol/drospirenone (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
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Loestrin Fe 1/20 (28-Day) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Loryna (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i> (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i> (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Microgestin 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> (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Mili Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Minzoya Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	\$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 0.25-0.035 mg	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	\$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 (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 0.25-0.035 Mg)	\$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
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	\$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
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	\$0	CT; EHB
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Valtya Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Wymzya Fe Oral Tablet, Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
YASMIN (28) ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	\$0	CT; EHB
YAZ (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Oral - Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
norethindrone (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone (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
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Oral - Trifásico - Píldoras Anticonceptivas		
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Alyacen 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (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-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (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-0.035MG (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-0.035Mg (28))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	\$0	CT; EHB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Xarah Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	\$0	CT; EHB
Combinaciones Anticonceptivas Transdérmicas - Combinación de Estrógeno y Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</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
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		
ABENOR HP TOPICAL LOTION 15-4 % (<i>sulfacetamide sodium/niacinamide</i>)	Nivel 3	
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 phosphate topical solution 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 5 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Nivel 1	ST
<i>erythromycin base in ethanol</i> (Ery Pads Topical Swab 2 %)	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML por 1 SURTIDO)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 2	
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		
ADMIRAZOL HP TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (<i>dapsone/spironolactone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ADMIRAZOL TOPICAL CREAM 6-5-2 % (<i>dapsone/spironolactone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ALIXI HP TOPICAL CREAM 8.5-4 % (<i>dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ALIXI TOPICAL CREAM 6-4 % (<i>dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Terapia del Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosas y Queratolíticas - Medicamentos para la Piel		
ARTILIS TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (<i>benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (<i>sulfacetamide sodium/sulfur/urea</i>)	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -5 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Nivel 1	ST
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -3.75 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i> (Neuac Topical Gel 1.2 %(1 % Base) -5 %)	Nivel 1	
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	Nivel 3	
<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 pads, medicated 9.8-4.8 %</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
ADERMICA HP TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ALOMIRA HP TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
AVIDORA HP TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (<i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
AVIDORA TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (<i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
AWANIS TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (<i>tretinoin/dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
CABTREO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (<i>adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate</i>)	Nivel 3	PA
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (<i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DEOXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (<i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (<i>tretinoin/dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (<i>tretinoin/dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
INZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ONZDEAXIADEMVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
Terapia Tópica del Acné - Queratolítico - Medicamentos para la Piel		
<i>benzoyl peroxide topical foam 9.8 %</i>	Nivel 1	
BPO TOPICAL GEL 8 % (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	
PACNEX HP TOPICAL PADS, MEDICATED 7 % (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 3	
PACNEX LP TOPICAL PADS, MEDICATED 4.25 % (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 3	
PR BENZOYL PEROXIDE TOPICAL CLEANSER 7 % (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	Nivel 1	
Terapia Tópica del Acné - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % (<i>benzoyl peroxide/hydrocortisone</i>)	Nivel 2	
Terapia Tópica del Acné - Combinaciones de Retinoides Otros - Medicamentos para la Piel		
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump 0.1-2.5 %, 0.3-2.5 %</i>	Nivel 1	
ALURIS HP TOPICAL CREAM 0.1-4 % (<i>tretinoin/niacinamide</i>)	Nivel 3	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (<i>tretinoin/niacinamide</i>)	Nivel 3	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % (<i>tretinoin/niacinamide</i>)	Nivel 3	
SIRVANA TOPICAL GEL 0.025-5 % (<i>tretinoin/niacinamide</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Terapia Tópica del Acné - 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)
<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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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-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		
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (<i>ustekinumab-aekn</i>)	Nivel 4	PA
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
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (<i>ustekinumab-kfce</i>)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (<i>ustekinumab-kfce</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Interleucina-23 (IL-23), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel		
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (<i>tildrakizumab-asmn</i>)	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Receptor de Interleucina-36 (IL-36), MC - Medicamentos para la Piel		
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML (<i>spesolimab-sbzo</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SPEVIGO 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, 320 MG/2 ML (<i>bimekizumab-bkzx</i>)	Nivel 4	PA
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML, 320 MG/2 ML (<i>bimekizumab-bkzx</i>)	Nivel 4	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	Nivel 4	PA
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	Nivel 4	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	Nivel 4	PA
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	Nivel 4	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML (<i>secukinumab</i>)	Nivel 4	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (<i>secukinumab</i>)	Nivel 4	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (<i>brodalumab</i>)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 4	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 4	PA
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
EBGLYSS PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 250 MG/2 ML (<i>lebrikizumab-lbkz</i>)	Nivel 4	PA
EBGLYSS SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MG/2 ML (<i>lebrikizumab-lbkz</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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
<i>nystatin</i> (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
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	
FERVINA TOPICAL LOTION 3-5-20 % (<i>ciclopirox olamine/itraconazole/urea</i>)	Nivel 3	
FIDILA TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (<i>ketoconazole/salicylic acid</i>)	Nivel 3	
HEXIOUNYL TOPICAL LOTION 3-5-20 % (<i>ciclopirox olamine/itraconazole/urea</i>)	Nivel 3	
PHEDRAX TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (<i>ketoconazole/salicylic acid</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Hidroxipiridinona Antifúngica - Medicamentos para la Piel		
CICLODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (<i>ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.28</i>)	Nivel 3	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM por 1 SURTIDO)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Nivel 1	
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML por 1 SURTIDO)
DAFILOR TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (<i>ciclopirox olamine/salicylic acid</i>)	Nivel 3	
FILOMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (<i>ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine hcl</i>)	Nivel 3	
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 nitrate 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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 cream 5 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Nivel 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % (<i>fluorouracil</i>)	Nivel 2	
Dermatológico - Lesiones Antineoplásicas o Premalignas - Antimicrotúbulos - Medicamentos para la Piel		
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (<i>tirbanibulin</i>)	Nivel 2	QL (5 EA por 1 SURTIDO)
KLISYRI (350 MG) 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Tópicos Antipsoriáticos - Medicamentos para la Piel		
<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
PURAZIL TOPICAL CREAM 0.005-4 % (<i>calcipotriene/niacinamide</i>)	Nivel 3	
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (<i>calcipotriene</i>)	Nivel 3	ST
<i>tazarotene topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	Edad (Máx 39 Años)
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Edad (Máx 39 Años)
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % (<i>tapinarof</i>)	Nivel 3	PA
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (<i>anthralin micronized</i>)	Nivel 3	ST
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % (<i>roflumilast</i>)	Nivel 3	PA
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		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 SHAMPOO TOPICAL SHAMPOO 10 % (<i>sulfacetamide sodium</i>)	Nivel 2	
OVACE PLUS TOPICAL CREAM 10 % (<i>sulfacetamide sodium</i>)	Nivel 3	
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % (<i>sulfacetamide sodium</i>)	Nivel 3	ST
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %, 9.8 %</i>	Nivel 1	
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % (<i>selenium sulfide</i>)	Nivel 3	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % (<i>roflumilast</i>)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Antiviral, Herpes - Medicamentos para la Piel		
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico – Productos para Quemaduras - Medicamentos para la Piel		
NEXOBRID POWDER COMPONENT TOPICAL POWDER (<i>anacaulase-bcdb</i>)	Nivel 3	
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (<i>anacaulase-bcdb</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Productos para Quemaduras Antiinfecciosos - Medicamentos para la Piel		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % (<i>silver sulfadiazine</i>)	Nivel 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (<i>mafenide acetate</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (<i>mafenide acetate</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Inhibidores de Calcineurina - Medicamentos para la Piel		
HOVYN TOPICAL SOLUTION 0.1 % (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KOTARAXAP TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
KUTAR TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MAVILO HP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
MAVILO LP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
MAVILO TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
MOKURA LP TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOKURA MOD TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOKURA PLUS TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOKURA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOLEXI TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %- SPF 15 (hydroquinone/sunscreens (oxybenzone/octinoxate))	Nivel 3	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % (hydroquinone/ascorbic acid)	Nivel 3	

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Nivel 1	ST
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<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	

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 butyrate topical solution 0.1 %	Nivel 1	
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	Nivel 1	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %	Nivel 1	
hydrocortisone topical lotion 2 %	Nivel 1	ST
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	Nivel 1	
hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %	Nivel 1	
hydrocortisone topical solution 2.5 %	Nivel 1	ST
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %	Nivel 1	
hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %	Nivel 1	ST
hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %	Nivel 1	
mometasone topical cream 0.1 %	Nivel 1	
mometasone topical ointment 0.1 %	Nivel 1	
mometasone topical solution 0.1 %	Nivel 1	
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone probutate)	Nivel 3	ST; QL (160 GM por 30 días)
prednicarbate topical cream 0.1 %	Nivel 1	
prednicarbate topical ointment 0.1 %	Nivel 1	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (Texacort Topical Solution 2.5 %)	Nivel 3	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	
DYNOMA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 3	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 3	
TELIORA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	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		
KERIDA TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (<i>imiquimod/tretinoin/salicylic acid</i>)	Nivel 3	
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	
WAYZEN TOPICAL GEL 40-5 % (<i>salicylic acid/lidocaine</i>)	Nivel 3	
XIRUN TOPICAL GEL 10-40 % (<i>lactic acid/urea</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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % (<i>podophyllum resin</i>)	Nivel 1	
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Nivel 1	ST; QL (0.5 GM por 1 día)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (0.5 ML por 1 día)
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical cream,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Nivel 1	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
XALIX TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28 % (<i>salicylic acid</i>)	Nivel 3	
YCANTH TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.7 % (<i>cantharidin</i>)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Complejo Derivado Del Hígado - Medicamentos para la Piel		
NEXAVIR INJECTION SOLUTION 25.5 MG/ML (<i>liver extract (beef-pork)</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones de Anestésicos Locales - Medicamentos para la Piel		
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	
NOBELA TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (<i>lidocaine/tetracaine/benzocaine</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 del Objetivo de la Rapamicina (mTOR) en Mamíferos - Medicamentos para la Piel		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (<i>sirolimus</i>)	Nivel 4	PA
Dermatológico - Agentes Individuales Varios - Medicamentos para la Piel		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % (<i>baclofen</i>)	Nivel 3	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (<i>gabapentin</i>)	Nivel 3	
<i>sodium chloride topical solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes Únicos AINE (NSAID) - Medicamentos para la Piel		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % (<i>hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylen e glycol</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Protectores - Medicamentos para la Piel		
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (<i>petrolatum,white</i>)	Nivel 1	
Dermatológico - Retinoides (Derivados de la Vitamina A) - Cosmético Tópico - Medicamentos para la Piel		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Terapia Sistémica para la Rosácea - Medicamentos para la Piel		
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
EMROSI ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 40 MG (<i>minocycline hcl</i>)	Nivel 3	PA
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
BAXONIL TOPICAL OINTMENT 1-2 % (<i>metronidazole/mupirocin</i>)	Nivel 3	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
REMYDA TOPICAL GEL 0.25 % (<i>brimonidine tartrate</i>)	Nivel 3	
RESTIMO TOPICAL GEL 1-1 % (<i>ivermectin/metronidazole</i>)	Nivel 3	
<i>metronidazole</i> (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Nivel 1	
ROVIS TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (<i>brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide</i>)	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML por 1 SURTIDO)
Dermatológico - Adhesivos para Tejidos/Heridas - Selladores de Fibrina - Medicamentos para la Piel		
ARTISS TOPICAL SYRINGE 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (10ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (2 ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (4 ML) (<i>thrombin(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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML (<i>thrombin(human 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	
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 2 %</i>	Nivel 1	
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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)
<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	
NOLIRA TOPICAL CREAM 23-7 % (<i>lidocaine/tetracaine</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	
Dermatológico - Ésteres Anestésicos Locales Tópicos - Medicamentos para la Piel		
ANACAINE TOPICAL OINTMENT 10 % (<i>benzocaine</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Anestésico Local Tópico Otros - Medicamentos para la Piel		
PRAKETAMIDE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 5 % (<i>ketamine hcl</i>)	Nivel 3	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MIRODERM FENESTRATED TOPICAL SHEET 2 X 2 CM, 2 X 3 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (<i>extracellular matrix (ecm), porcine derived, fenestrated</i>)	Nivel 3	
MIROTRACT TOPICAL SHEET 3 MM X 5 CM, 3 MM X 9 CM, 5 MM X 5 CM, 5 MM X 9 CM (<i>extracellular matrix (ecm), porcine derived</i>)	Nivel 3	
Agentes Únicos Escabicida y Pediculicida - Medicamentos para la Piel		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Nivel 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % (<i>benzyl alcohol</i>)	Nivel 3	
Reemplazo de Piel, Apósitos de Tejido Vivo - Medicamentos para la Piel		
APLIGRAF TOPICAL DISK (<i>cultured skin substitute, human and bovine</i>)	Nivel 3	
Cuidado de Heridas – Combinaciones de Limpiadores - Medicamentos para la Piel		
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (<i>hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluoe.water</i>)	Nivel 3	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (<i>hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water</i>)	Nivel 3	
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (<i>hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water</i>)	Nivel 3	
Cuidado de Heridas - 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
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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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</i> 66-10 %	Nivel 1	
<i>diatrizoate meglumine/diatrizoate sodium</i> (Md-Gastroview Oral Solution 66-10 %)	Nivel 1	
Medios de Contraste - No Iónico Yodado		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
COMBISTIX REAGENT STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
HEMA-COMBISTIX 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
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	
Medicamento de Diagnóstico - Gastrointestinal Radiological Adjunct		
VUEBLU SOLUTION 0.5 % (<i>methylene blue</i>)	Nivel 3	
Medicamentos de Diagnóstico - Función Metabólica		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
XENOVUE PATIENT DOSE INHALATION GAS 1,000 ML (<i>xenon xe-129 hyperpolarized</i>)	Nivel 3	
XENOVUE PREPARATION GAS BLEND INHALATION GAS 1,000 ML (<i>xenon xe-129 hyperpolarized</i>)	Nivel 3	
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		
<i>sodium iodide-123 oral capsule 3.7 mbq (100 microci), 7.4 mbq (200 microci)</i>	Nivel 1	
<i>sodium iodide-131 oral capsule 3.7 mbq (100 microci)</i>	Nivel 1	
Radiofármacos de Diagnóstico - Varios		
<i>kit for tc 99m-sod thiosulfate recon soln 2 mg</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
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		
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TRI-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>avanafil oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 5 días)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 5 días)
<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>varденаfil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 5 días)
<i>varденаfil 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	
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
B COMPLEX 100 INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (<i>thiamine hcl/riboflavin/niacinamide/dexpantenol/pyridoxine</i>)	Nivel 1	
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (<i>thiamine hcl/riboflavin/niacinamide/dexpantenol/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	
<i>diluent for decitabine intravenous solution</i>	Nivel 4	
DILUENT FOR ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>diluent for leuprolide (polyglactin)</i>)	Nivel 4	
DILUENT FOR ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION 2.2 ML (<i>diluent for romidepsin (propylene glycol)</i>)	Nivel 3	
DILUENT FOR JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION 5.7 ML (<i>diluent for cabazitaxel (ethanol)</i>)	Nivel 4	
<i>diluent for melphalan intravenous solution 10 ml</i>	Nivel 4	
DILUENT FOR NOVOSEVEN RT SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>diluent for coagulation factor vlla (histidine)</i>)	Nivel 4	
DILUENT FOR VIVITROL INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>diluent for naltrexone microspheres (carboxymethylcellulose)</i>)	Nivel 4	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diluent, carmustine (ethanol) intravenous solution</i>	Nivel 4	
<i>diluent, romidepsin (prop gly) intravenous solution 2.2 ml</i>	Nivel 4	
<i>diluent, voretigene neparvovec subretinal solution</i>	Nivel 4	
STERILE HYDROGEL FOR JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL SOLUTION (<i>diluent for mitomycin (hydroxypropyl,poloxam,polyethyl)</i>)	Nivel 3	
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 Ml)	Nivel 1	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM (<i>sodium zirconium cyclosilicate</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>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Nivel 1	
<i>sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution</i> (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 ML)	Nivel 1	
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML (<i>sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution</i>)	Nivel 3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM (<i>patiromer calcium sorbitex</i>)	Nivel 3	PA
Soluciones de Irrigación - Medicamentos Nutricionales		
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Nivel 3	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (<i>physiological irrigating solution no.1</i>)	Nivel 3	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (<i>physiological irrigating solution no.1</i>)	Nivel 3	
<i>ringer's irrigation solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
TIS-U-SOL PENTALYTE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 800-40-20-8.75-6.25 MG/100 ML (<i>sodium chloride/pot chloride/mag sul/sod phos,db/pot phos,mb</i>)	Nivel 3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Nivel 1	
Minerales y Electrolitos - Yodo - Medicamentos Nutricionales		
<i>potassium iodide oral solution 1 gram/ml</i>	Nivel 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (<i>potassium iodide</i>)	Nivel 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % (<i>potassium iodide/iodine</i>)	Nivel 1	
Minerales y Electrolitos - Hierro - Medicamentos Nutricionales		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST; QL (12 EA por 1 día)
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG IRON/2 ML, 50 MG IRON/ML (<i>ferric carboxymaltose</i>)	Nivel 4	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON (<i>ferric pyrophosphate citrate</i>)	Nivel 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML (<i>ferric pyrophosphate citrate</i>)	Nivel 3	
Minerales y Electrolitos - Potasio, Oral - Medicamentos Nutricionales		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ (<i>potassium bicarbonate/citric acid</i>)	Nivel 3	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (<i>potassium bicarbonate/citric acid</i>)	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con M10 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 10 Meq)	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con M15 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 15 Meq)	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con M20 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 20 Meq)	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Multivitaminas y Minerales – Medicamentos Nutricionales		
PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (<i>multivitamin-min no.110/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil</i>)	\$0	EHB
Multivitaminas - Medicamentos Nutricionales		
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (<i>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (<i>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (<i>multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 1	
Producto Nutricional - Lípidos Otros - Medicamentos Nutricionales		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (<i>triheptanoin</i>)	Nivel 4	PA
Producto Nutricional - Formulación Específica para Condiciones Médicas - Medicamentos Nutricionales		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (<i>glutamine</i>)	Nivel 4	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 4	PA
Vitaminas y Minerales Prenatales - Medicamentos Nutricionales		
ATABEX OB ORAL TABLET 29-1 MG (<i>prenatal vitamins 143/iron bis-glycin/methyltetrahydrofolate</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
BAL-CARE DHA ESSENTIAL ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27 MG IRON-1 MG -374 MG (<i>prenatal vit no.100/iron sod edta,ps cplex/folic acid/omega3</i>)	\$0	EHB
BAL-CARE DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27-1-430 MG (<i>prenatal vit no.81/sod.feredetate-iron ps/folic acid/omega-3</i>)	\$0	EHB
CADEAU DHA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-150 MG (<i>prenatal vitamins no.83/iron fumarate/folate combo no.6/dha</i>)	\$0	EHB
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	
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	
COMPLETE NATAL DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (<i>prenatal vitamin no.52/iron/folic acid/omega-3/dha</i>)	\$0	EHB
COMPLETENATE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamins no.14/ferrous fumarate/folic acid</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
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	
KPN ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (<i>prenatal vits with calcium no.98/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
MINI PRENATAL ORAL TABLET 6.75 MG IRON- 200 MCG (<i>prenatal vitamins no.49/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (<i>prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium</i>)	\$0	EHB
MYNATAL ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid</i>)	\$0	EHB
MYNATAL PLUS ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
MYNATAL-Z ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac</i>)	\$0	EHB
NATAVI PNV ORAL CAPSULE 13.5 MG IRON- 0.5 MG-150 MG (<i>prenatal no.158/iron fum/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil</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
NEONATAL PLUS VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
NEO-VITAL RX ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
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>)	\$0	EHB
OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO ORAL COMB PACK, TABLET DR, CAPSULE DR 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (<i>prenatal vitamins no.12/iron carbonyl/levomefolate calc/dha</i>)	\$0	EHB
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (<i>prenatal vitamins no.12/iron,carbonyl/levomefolate calcium</i>)	\$0	EHB
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>)	\$0	EHB
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	
ONE DAILY PRENATAL ORAL COMBO PACK 28-800-440 MG-MCG-MG (<i>prenatal vit with calcium 75/iron/folic acid/omega-3/dha/epa</i>)	\$0	EHB
ONE-A-DAY PRENATAL-1 ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 800 MCG-235 MG (<i>prenatal vitamins no.168/iron/folic acid/omega-3/dha/epa</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>pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	\$0	EHB
<i>PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG (prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha)</i>	\$0	EHB
<i>PNV-SELECT ORAL TABLET 27-1 MG (prenatal vit with calcium no.40/iron fumarate/folate no.1)</i>	\$0	EHB
<i>PR NATAL 400 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-400 MG (prenatal vit no.19/iron bg hcl,suc-prot/folic acid/omega-3)</i>	\$0	EHB
<i>PR NATAL 400 ORAL COMBO PACK 29-1-400 MG (prenatal vit with calcium 53/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)</i>	\$0	EHB
<i>PR NATAL 430 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-430 MG (prenatal vit 55/iron bisgly hcl,suc-prot/folic acid/omega-3)</i>	\$0	EHB
<i>PR NATAL 430 ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -430 MG (prenatal vit with calcium 54/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)</i>	\$0	EHB
<i>PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG (prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha)</i>	Nivel 1	
<i>PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG (prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha)</i>	Nivel 1	
<i>PRENATA ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.37/ferrous fumarate/folic acid)</i>	\$0	EHB
<i>PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid)</i>	\$0	EHB
<i>PRENATABS RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)</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
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON- 975 MCG-200 MG (<i>prenatal vits, calcium no.91/ferrous fumarate/folic acid/dha</i>)	\$0	EHB
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON-800 MCG-200 MG (<i>prenatal vit with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid/dha</i>)	\$0	EHB
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>)	\$0	EHB
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL 19 ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.115/iron fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET 14 MG IRON- 400 MCG (<i>prenatal vits with calcium no.21/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL ESSENTIALS ORAL CAPSULE 6 MG IRON- 272 MCG DFE (<i>prenatal vit no.173/iron bisglycinate/folate no.11</i>)	\$0	EHB
PRENATAL FORMULA ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL FORMULA ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (<i>prenatal vits with calcium no.93/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL FORMULA-DHA ORAL CAPSULE 28 MG-800 MCG- 200 MG (<i>prenatal vitamins no.116/iron fumarate/folic acid/dha</i>)	\$0	EHB
PRENATAL MULTI ORAL TABLET 27-800 MG-MCG (<i>prenatal vit with calcium no.122/ferrous fumarate/folic acid</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
PRENATAL MULTI-DHA (ALGAL OIL) ORAL CAPSULE 27MG IRON- 800 MCG-250 MG (<i>prenatal vitamins no.40/ferrous fumarate/folic acid/dha</i>)	\$0	EHB
PRENATAL MULTI-DHA(WITH VIT K) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-260 MG (<i>prenatal vits no.151/iron fum/folic acid/omega3/dha/epa/fish</i>)	\$0	EHB
PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vit with calcium no.129/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL ORAL TABLET 28 MG IRON-800 MCG (<i>prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL ORAL TABLET 28-800 MG-MCG (<i>prenatal vits with calcium 133/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -312 MG-250 MG (<i>pnv no.72/ferrous fumarate/folic acid/omega-3/dha</i>)	\$0	EHB
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamins no.180/ferrous fumarate/folic acid</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
PRENATAL TABLET ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
<i>prenatal vit no.179-iron-folic oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	\$0	EHB
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 0.8 MG (<i>prenatal vit with calcium no.130/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vits with calcium no.124/ferrous fumarat/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vitamins no.159/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
<i>prenatal vit-iron fum-folic ac oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	\$0	EHB
PRENATAL WITH DHA-FOLIC ACID ORAL TABLET,CHEWABLE 400-32.5 MCG-MG (<i>prenatal vitamin no.103/folic acid/omega-3s/dha/fish oil</i>)	\$0	EHB
PROVIDA OB ORAL CAPSULE 40 MG IRON- 1.25 MG (<i>prenatal vits no.65/iron fumarate,polysac complex/folic acid</i>)	\$0	EHB
SE-NATAL 19 CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium 118/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
SE-NATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid</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
SIMILAC PRENATAL ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-800 MCG-200 MG (<i>prenatal vits, calcium no.102/ferrous fum/folic acid/dha/lut</i>)	\$0	EHB
STUART ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 800 MCG-200 MG (<i>prenatal vitamins no.63/iron,carbonyl/folic acid/dha</i>)	\$0	EHB
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	
TENDERA-OB ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -205 MG (<i>prenatal vitamins no.148/iron, carbonyl/folate comb no.6/dha</i>)	\$0	EHB
THERANATAL COMPLETE ORAL COMBO PACK 27 MG IRON- 1 MG-150 MG (<i>prenatal vitamins no.32/ferrous fumarate/folic acid/dha</i>)	\$0	EHB
THERANATAL ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1000 MCG-300 MG (<i>prenatal vitamins no.100/iron fumarate/folic acid/dha/epa</i>)	\$0	EHB
THERANATAL ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (<i>prenatal vitamins no.28/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
THERANATAL OVAVITE ORAL COMBO PACK 18-1-125 MG-MG-UNIT (<i>prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/coq10</i>)	\$0	EHB
THERANATAL PLUS ORAL COMBO PACK 27 MG IRON- 1 MG-300 MG (<i>prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/dha</i>)	\$0	EHB
THRIVITE RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid</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
TRICARE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium 103/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET 60 MG IRON-1 MG (<i>prenatal vitamin 27 with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
TRINATE ORAL TABLET 28 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.73/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
ULTRA PRENATAL PLUS DHA ORAL CAPSULE 23 MG-800 MCG- 250 MG-200 MG (<i>prenatal vit no.166/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil</i>)	\$0	EHB
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	
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 3.33 MG IRON- 0.33 MG (<i>prenatal vit no.112/iron phosph/folic acid/omega-3s/dha/epa</i>)	\$0	EHB
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	
WESNATAL DHA COMPLETE ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (<i>prenatal vitamin no.52/iron/folic acid/omega-3/dha</i>)	\$0	EHB
WESTAB PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid</i>)	\$0	EHB
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 28 MG-975 MCG- 200 MG (<i>prenatal vit with calcium no.61/iron fumarate/folic acid/dha</i>)	\$0	EHB
Vitaminas Prenatales con Bajo o Ningún Contenido de Hierro (menos de 27 mg) - 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
NATAVI PRIMA ORAL CAPSULE 4 MG IRON- 0.5 MG-150 MG (<i>prenatal no.157/iron fum/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil</i>)	\$0	EHB
ONE-A-DAY PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG- 25 MG (<i>prenatal vitamins no.167/folic acid/docosaheaxaenoic acid</i>)	\$0	EHB
PRENATAL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (<i>prenatal vitamins no.153/folic acid/omega3/dha/epa/fish oil</i>)	\$0	EHB
PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG (<i>prenatal vitamins no.144/folic acid</i>)	\$0	EHB
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	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Vitaminas - 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)</i> (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/ML)	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		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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)
Antagonistas del Receptor Tipo 1 del Factor Liberador de Corticotropina (CRF)		
CRENESSITY ORAL CAPSULE 100 MG (<i>crinecerfont</i>)	Nivel 4	PA
CRENESSITY ORAL SOLUTION 50 MG/ML (<i>crinecerfont</i>)	Nivel 4	PA
Supresor de los síntomas de la Menopausia - Antagonista del receptor de Neuroquinina 3 (NK3)		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (<i>fezolinetant</i>)	Nivel 3	
Endocrino - Hormonas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT (<i>glucagon hcl</i>)	Nivel 3	DD; QL (4 EA por 1 SURTIDO)
<i>glucagon</i> (Glucagon 1 Mg Emergency Kit Outer, Suv)	Nivel 2	DD; QL (4 EA per 1 SURTIDO)
<i>glucagon</i> (Glucagon 1 Mg Emergency Kit Suv)	Nivel 1	DD; QL (4 EA por 1 SURTIDO)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
glucagon (Glucagon 1 Mg Emergency Kit Suv, Outer)	Nivel 1	DD; QL (4 EA por 1 SURTIDO)
glucagon (Glucagon 1 Mg Vial Suv, Inner)	Nivel 1	DD; QL (4 EA por 1 SURTIDO)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML (glucagon)	Nivel 2	DD; QL (0.4 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML (glucagon)	Nivel 2	DD; QL (0.4 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	DD; QL (0.8 ML por 1 SURTIDO)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon hcl)	Nivel 2	DD; QL (2.4 ML por 1 SURTIDO)
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon hcl)	Nivel 2	DD; QL (2.4 ML por 1 SURTIDO)
Agentes de Amiloidosis - Estabilizador de Transtiretina (TTR) - Hormonas		
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG (acoramidis hcl)	Nivel 4	PA
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (tafamidis)	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
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG (<i>tafamidis meglumine</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Amiloidosis - Supresión de TTR, Basados en Oligonucleótidos Antisentido - Hormonas		
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (<i>eplontersen 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
Antihiper glucemiantes - 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)
Antihiper glucemiantes - Agonistas de los Receptores de Dopamina - Medicamentos para la Diabetes		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (<i>bromocriptine mesylate</i>)	Nivel 3	ST; DD
Antihiper glucemiante - 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)
Antihiper glucemiantes - Agonistas del Receptor del Péptido Similar al Glucagón-1 (GLP-1) - Medicamentos para la Diabetes		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML (<i>exenatide microspheres</i>)	Nivel 2	PA; DD; QL (0.85 ML por 7 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (<i>canagliflozin/metformin hcl</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (<i>ertugliflozin pidolate/metformin hcl</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG (<i>dapagliflozin propanediol/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (<i>dapagliflozin propanediol/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
Antihiper glucémico - Combinaciones de Inhibidor de SGLT-2 e Inhibidor de DPP-4 - Medicamentos para la Diabetes		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (<i>empagliflozin/linagliptin</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
QTERN ORAL TABLET 10-5 MG, 5-5 MG (<i>dapagliflozin propanediol/saxagliptin hcl</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG (<i>bexagliflozin</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>dapagliflozin propanediol</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (<i>canagliflozin</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (30 EA por 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (<i>empagliflozin</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG (<i>ertugliflozin pidolate</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
Antihiper glucemiante - Combinaciones de Sulfonilurea y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes		
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	DD
Antihiper glucemiantes - Derivados de Sulfonilurea - Medicamentos para la Diabetes		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	DD; QL (2 EA por 1 día)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DD
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Nivel 1	ST; DD
Inhibidor Antihiper glucémico-Dipeptidil Peptidasa-4 y Tiazolidinedion - Medicamentos para la Diabetes		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
Inhibidor Antihiper glucémico-Dipeptidil Peptidasa-4 (DPP-4) y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin phosphate/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG (<i>sitagliptin phosphate/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin phosphate/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (<i>linagliptin/metformin hcl</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG (<i>linagliptin/metformin hcl</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG (<i>linagliptin/metformin hcl</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	Nivel 1	ST; DD; QL (2 EA por 1 día)
<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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML (<i>insulin glargine,human recombinant analog/lixisenatide</i>)	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) (<i>insulin degludec/liraglutide</i>)	Nivel 2	DD; QL (15 ML por 28 días)
Combinaciones de Inhibidor Antihiper glucémico-SGLT-2, Inhibidor de DPP-4 y Biguanida - Medicamentos para la Diabetes		
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG (<i>empagliflozin/linagliptin/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 1 día)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG (<i>empagliflozin/linagliptin/metformin hcl</i>)	Nivel 2	DD; QL (2 EA por 1 día)
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados de Imidazol - Medicamentos para la Tiroides		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes antitiroideos, Tionamidas - Derivados del Tiouracilo - Medicamentos para la Tiroides		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Agentes de Formación Ósea - Inhibidor de Esclerostina, Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2) (<i>romosozumab-aqqg</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agentes Estimulantes de la Formación Ósea - Péptidos Rel de Hormona Paratiroidea - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) (<i>abaloparatide</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Estimulantes de la Formación Ósea - Tipo Hormona Paratiroidea - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml), 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml, 5 mg/100 ml</i>	Nivel 1	
<i>zoledronic ac-mannitol-0.9nacl intravenous piggyback 4 mg/100 ml</i>	Nivel 1	
Calcimimético, Potenciador de la Sensibilidad del Receptor de Calcio Paratiroideo - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 4	QL (2 EA por 1 día)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	Nivel 4	QL (4 EA por 1 día)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (<i>etelcalcetide hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
Calcitoninas - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Nivel 1	
Combinación de Estrógeno y Progestágeno con Actividad Antimineralocorticoide - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG (<i>drospirenone/estradiol</i>)	Nivel 3	
Combinaciones de Estrógeno y Modulador Selectivo del Receptor de Estrógeno (SERM) - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (<i>estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate</i>)	Nivel 2	
Estrógeno-Andrógeno - 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
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (<i>estrogens,esterified/methyltestosterone</i>)	Nivel 1	
COVARYX ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (<i>estrogens,esterified/methyltestosterone</i>)	Nivel 1	
EEMT HS ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (<i>estrogens,esterified/methyltestosterone</i>)	Nivel 1	
EEMT ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (<i>estrogens,esterified/methyltestosterone</i>)	Nivel 1	
ESTRATEST F.S. ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (<i>estrogens,esterified/methyltestosterone</i>)	Nivel 1	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	Nivel 1	
Estrógeno-Progestina - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (<i>estradiol/progesterone</i>)	Nivel 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	ST; 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	Nivel 1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
Estrógenos - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (estradiol cypionate)	Nivel 3	
estradiol (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 (estradiol)	Nivel 3	ST; QL (52 GM por 30 días)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation	Nivel 1	ST
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%)	Nivel 1	ST; QL (30 EA por 30 días)
estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)	Nivel 1	ST; QL (30 GM por 30 días)
estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)	Nivel 1	ST; QL (37.5 GM por 30 días)
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	Nivel 1	QL (2 EA por 7 días)
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	Nivel 1	QL (1 EA por 7 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml	Nivel 1	
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (estradiol)	Nivel 3	ST; QL (16.2 ML por 30 días)
estradiol (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 (estrogens, esterified)	Nivel 3	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR (estradiol)	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 (estrogens, conjugated)	Nivel 2	
Potenciador de la Fertilidad - Apoyo a la Fase Lútea, Tipo Progesterona - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (progesterone, micronized)	Nivel 2	
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG (progesterone, micronized)	Nivel 2	
Potenciador de la Fertilidad - Estimulante de la Ovulación - Sintético (Sin FSH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 3	
clomiphene citrate oral tablet 50 mg	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 (burosumab-twza)	Nivel 4	PA
Hormonas Folículoestimulantes y Luteinizantes – Medicamentos para el Cuidado Femenino		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (<i>menotropins</i>)	Nivel 4	
Hormona Folículo Estimulante (FSH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 300 UNIT/0.36 ML, 600 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.08 ML (<i>follitropin beta, recombinant</i>)	Nivel 4	ST
GONAL-F RFF REDI-JECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300/0.5 UNIT/ML, 450/0.75 UNIT/ML, 900/1.5 UNIT/ML (<i>follitropin alfa, recombinant</i>)	Nivel 4	
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (<i>follitropin alfa, recombinant</i>)	Nivel 4	
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (<i>follitropin alfa, recombinant</i>)	Nivel 4	
Combinaciones de Sales de Glucocorticoides - Medicamentos para la Inflamación		
BETALOGAN 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 sodium phosphate oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
PREDNISONE 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 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML (<i>hydrocortisone sodium succinate/pf</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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Hormonas de Crecimiento - Medicamentos para el Crecimiento		
GENOTROPIN MINISQUIK 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 (<i>somatropin</i>)	Nivel 4	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (<i>somatropin</i>)	Nivel 4	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) (<i>somatropin</i>)	Nivel 4	PA
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG (<i>somatropin</i>)	Nivel 4	PA
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (<i>somatogon-ghla</i>)	Nivel 4	PA
NORDITROPIN FLEXPOR 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) (<i>somatropin</i>)	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) (<i>somatropin</i>)	Nivel 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (<i>somatropin</i>)	Nivel 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (<i>somatropin</i>)	Nivel 4	PA
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (<i>somatropin</i>)	Nivel 4	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (<i>somatropin</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
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 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 2	DD; QL (24 ML por 28 días)

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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)
Supresión de Fosas Análogas Agonistas de LHRH (GnRH) - Pubertad Precoz Central - 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
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		
<i>cetrorelix subcutaneous kit 0.25 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
ganirelix acetate (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Nivel 4	
ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml	Nivel 4	
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (elagolix sodium)	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 (estradiol)	Nivel 3	ST; QL (18 EA por 28 días)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT, DOSE PACK 10 MCG, 4 MCG (estradiol)	Nivel 3	ST; QL (18 EA por 28 días)
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG (prasterone (dhea))	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		
OSPHEA ORAL TABLET 60 MG (ospemifene)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Síntomas de la Menopausia Tipo de Antidepresivo supresor- ISRS - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
Mineralocorticoides - Medicamentos para la Inflamación		
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	Nivel 1	
Oxitócico - Alcaloides del Cornezuelo de Centeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
methylergonovine oral tablet 0.2 mg	Nivel 1	QL (28 EA por 30 días)
Hormonas Paratiroides y Análogos - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 168 MCG/0.56 ML, 294 MCG/0.98 ML, 420 MCG/1.4 ML (palopecteriparatide)	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
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	
<i>octreotide,microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 4	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>octreotide acetate, microspheres</i>)	Nivel 4	PA
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (<i>pasireotide pamoate</i>)	Nivel 4	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (<i>pasireotide 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Hormonas Tiroideas - T3 Sintético (Triyodotironina)- Medicamentos para la Tiroides		
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1	
Hormonas Tiroideas - T4 Sintético (Tiroxina)- Medicamentos para la Tiroides		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML (<i>levothyroxine sodium</i>)	Nivel 1	PA
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (<i>levothyroxine sodium</i>)	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>levothyroxine oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	PA
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 20 MCG/ML (<i>levothyroxine sodium</i>)	Nivel 3	ST; QL (20 ML por 1 día)
TIROSINT ORAL CAPSULE 37.5 MCG, 44 MCG, 62.5 MCG (<i>levothyroxine sodium</i>)	Nivel 3	PA
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML (<i>levothyroxine sodium</i>)	Nivel 3	PA
Enzimas - Vitaminas y Minerales		
Enzimas - Vitaminas y Minerales		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HYQVIA HY COMPONENT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 UNIT/10 ML, 2,400 UNIT/15 ML, 200 UNIT/1.25 ML, 400 UNIT/2.5 ML, 800 UNIT/5 ML (<i>hyaluronidase, human recombinant</i>)	Nivel 3	
Agentes de Terapia Gastrointestinal		
Agentes para Tratar la Enfermedad CHAPLE		
VEOPOZ INJECTION SOLUTION 200 MG/ML (<i>pozelimab-bbfg</i>)	Nivel 4	PA
Trasplante de Microbiota Fecal (FMT)		
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)
Antidiarreico - Inhibidor de Triptófano Hidroxilasa – Medicamentos para la Diarrea		
XERMELO ORAL TABLET 250 MG (<i>telotristat etiprate</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Combinaciones Antidiarreicas, Antiperistálticas y Anticolinérgicas - Medicamentos para la Diarrea		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Opioides Antidiarreicos - Medicamentos para la Diarrea		
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	
Antieméticos - Anticolinérgicos - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	Nivel 1	
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
prochlorperazine (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 1	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	Nivel 1	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	Nivel 1	
promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	Nivel 1	
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	Nivel 1	
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	Nivel 1	
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	Nivel 1	
promethazine hcl (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		
granisetron hcl oral tablet 1 mg	Nivel 1	ST; QL (8 EA por 30 días)
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	Nivel 1	QL (50 ML por 15 días)
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	Nivel 1	
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	Nivel 1	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 3.1 MG/24 HOUR (granisetron)	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		
aprepitant oral capsule 125 mg	Nivel 1	QL (1 EA por 21 días)
aprepitant oral capsule 40 mg	Nivel 1	QL (1 EA por 28 días)
aprepitant oral capsule 80 mg	Nivel 1	QL (2 EA por 21 días)
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	Nivel 1	QL (3 EA por 21 días)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) (aprepitant)	Nivel 2	QL (3 EA por 21 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
VARUBI ORAL TABLET 90 MG (<i>rolapitant hcl</i>)	Nivel 3	QL (2 EA por 14 días)
Antiemético - Combinación de Antagonista del Receptor de Neuroquinina 1 y 5-HT3 - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (<i>netupitant/palonosetron hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 28 días)
Ácidos Biliares - Medicamentos para el Estómago		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (<i>cholic acid</i>)	Nivel 4	PA
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 2	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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PANCREAZE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,500-35,500- 61,500 UNIT, 16,800-56,800- 98,400 UNIT, 2,600-8,800- 15,200 UNIT, 21,000-54,700- 83,900 UNIT, 37,000-97,300- 149,900 UNIT, 4,200-14,200- 24,600 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 3	
PERTZYE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 16,000-57,500- 60,500 UNIT, 24,000-86,250- 90,750 UNIT, 4,000-14,375- 15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 3	
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150- 39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 3	
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 2	
Enzimas Digestivas - Medicamentos para el Estómago		
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML (<i>sacrosidase</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Solubilizantes (Litólisis) de Cálculos Biliares - Medicamentos para el Estómago		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (<i>chenodiol</i>)	Nivel 4	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Reductor de la Secreción de Ácido Gástrico - Antagonistas del Receptor H2 de Histamina - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Reductor de la Secreción de Ácido Gástrico - Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
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, 2.5 mg, 20 mg, 5 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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
PRIOSEC 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)
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		
<i>prucalopride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Antiespasmódicos Gastrointestinales y Benzodiazepinas - Medicamentos para Calambres Estomacales		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Antiespasmódicos GI y Opioides - Medicamentos para Calambres Estomacales		
<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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)- 500 MG (84) (<i>vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate</i>)	Nivel 3	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG (<i>vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate/clarithromycin</i>)	Nivel 3	PA
Agente para el SII (IBS) - Agentes Activadores de los Canales de cloruro Gastrointestinal - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
<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 2	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 2	
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
STELARA 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
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML (<i>ustekinumab-kfce</i>)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (<i>ustekinumab-kfce</i>)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab-kfce</i>)	Nivel 4	PA
Agente Inflamatorio Intestinal - Inhibidor de Interleucina-23 (IL-23), MC Ab - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
OMVOH INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML (20 MG/ML) (<i>mirikizumab-mrkz</i>)	Nivel 4	PA
OMVOH PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML, 300MG/3ML(100MG /ML-200 MG/2ML) (<i>mirikizumab-mrkz</i>)	Nivel 4	PA
OMVOH SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML, 300MG/3ML(100MG /ML-200 MG/2ML) (<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 INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML) (<i>guselkumab</i>)	Nivel 4	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML (<i>guselkumab</i>)	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>guselkumab</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
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 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	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-axxq</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
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 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
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-abda</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 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		
<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 2	
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 Ml)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
Laxante - Mezclas Salinas/Osmóticas - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 -5.84 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	\$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)
peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride (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)
sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg (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)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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-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)
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium)	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 2, SURTIR 2 EN 365 DÍAS, 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 (sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate)	\$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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Laxative - Combinaciones de Estimulantes y Solución Salina/Osmótica - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML (<i>sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 350, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y 45 A 75 AÑOS DE EDAD; QL (350 ML por 1 SURTIDO)
Úlcera péptica - Citoprotectores Adherentes a la Luz Gástrica - Medicamentos para Úlceras y Ácido Estomacal		
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
Síndrome del Intestino Corto (SIC) - Análogo del Péptido Similar al Glucagón-2 (GLP-2) - Medicamentos para el Estómago		
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (<i>teduglutide</i>)	Nivel 4	PA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (<i>teduglutide</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para el Síndrome del Intestino Corto (SIC) - Medicamentos para el Estómago		
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 4	
<i>octreotide,microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>octreotide acetate, microspheres</i>)	Nivel 4	PA
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
<i>finasteride-tadalafil oral capsule 5-5 mg</i>	Nivel 1	PA
Terapia de Cistinosis (Agentes que Agotan la Cistina) - Medicamentos para el Sistema Urinario		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (<i>cysteamine bitartrate</i>)	Nivel 4	
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG (<i>cysteamine bitartrate</i>)	Nivel 4	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG (<i>cysteamine bitartrate</i>)	Nivel 4	PA
GU. Irrigantes - Antiinfecciosos - Medicamentos para el Sistema Urinario		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
<i>tiopronin</i> (Venxxiva Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec) 100 Mg, 300 Mg)	Nivel 4	
Agentes para la Vejiga Hiperactiva - Agonista del Receptor Adrenérgico Beta -3 - Medicamentos para la Vejiga		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG (<i>vibegron</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 8 MG/ML (<i>mirabegron</i>)	Nivel 2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (<i>mirabegron</i>)	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST; QL (12 EA por 1 día)
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG (<i>lanthanum carbonate</i>)	Nivel 3	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
Aglutinantes de Fosfato - A Base de Hierro - Medicamentos para el Sistema Urinario		
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas del Receptor de Vasopresina V2 - Medicamentos para el Sistema Urinario		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (<i>tolvaptan</i>)	Nivel 4	PA
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) (<i>tolvaptan</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Hipertrofia Prostática - Antagonistas de los Receptores Adrenérgicos alfa-1 - Medicamentos para la Próstata		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Nivel 1	
Agente de Hipertrofia Prostática - Inhibidores de la 5-alfa Reductasa Tipo II - Medicamentos para la Próstata		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Agente de Hipertrofia Prostática-Inhibidor de Fosfodiesterasa tipo 5 Sel.cGMP - Medicamentos para la Próstata		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
Inhibidores de la 5-alfa Reductasa Tipo I y II del Agente de Hipertrofia Prostática - Medicamentos para la Próstata		
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	
Acidulante Urinario - Inhibidor de Ureasa Bacteriana - Medicamentos para Infecciones		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG (<i>acetohydroxamic acid</i>)	Nivel 3	
Acidulante Urinario - Fosfatos - Medicamentos para Infecciones		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET 305-700 MG (<i>sodium phosphate,monobasic/potassium phosphate,monobasic</i>)	Nivel 3	
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET,SOLUBLE 500 MG (<i>potassium phosphate,monobasic</i>)	Nivel 3	
Alcalinizador Urinario - Citratos - Medicamentos para Infecciones		
ORACIT ORAL SOLUTION 490-640 MG/5 ML (<i>citric acid/sodium citrate</i>)	Nivel 3	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 490-640 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Analgésicos Urinarios - Medicamentos para Infecciones		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Antibacteriano Urinario - Metenamina y Sales - Medicamentos para Infecciones		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (<i>methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic</i>)	Nivel 3	
Antibacteriano Urinario - Derivados del Nitrofurano - Medicamentos para Infecciones		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antibacterianos Urinarios Otros - Medicamentos para Infecciones		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
Combinaciones Urinarias Antiinfecciosas de Metenamina, Antiespasmos y Analgésicos - Medicamentos para Infecciones		
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (<i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i>)	Nivel 2	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (<i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i>)	Nivel 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (<i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i>)	Nivel 1	
Combinaciones Urinarias Antiinfecciosas de Metenamina y Antiespasmódicas - Medicamentos para Infecciones		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (<i>methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine</i>)	Nivel 1	
Antiespasmódico Urinario - Anticol., M(3) Muscarínico Selectivo (Vejiga)- Medicamentos para la Vejiga		
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
VESICARE LS ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (<i>solifenacin succinate</i>)	Nivel 3	PA
Antiespasmódicos Urinarios - Anticolinérgicos No Selectivos - Medicamentos para la Vejiga		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 3.9 MG/24 HR (<i>oxybutynin</i>)	Nivel 3	ST
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>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, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Terapia para la Gota e Hiperuricemia - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre		
Terapia Aguda para la Gota - Antimitóticos - Medicamentos para la Gota		
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML (<i>colchicine</i>)	Nivel 3	ST; QL (10 ML por 1 día)
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		
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		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 2.63-222 gram-mg/100ml</i>	Nivel 1	
<i>citric-sod citrat-sod phos-dex solution 0.327-2.63 gram/100 ml</i>	Nivel 1	
REGIOCIT (EUA) SOLUTION 5.03-5.29 GRAM/L (<i>sodium chloride/sodium citrate</i>)	Nivel 3	
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Nivel 1	
Anticoagulantes - Cumarina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
warfarin sodium (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	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	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
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG (<i>edoxaban tosylate</i>)	Nivel 3	ST; QL (30 EA por 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)-20 MG (9) (<i>rivaroxaban</i>)	Nivel 2	QL (51 EA por 30 días)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (<i>rivaroxaban</i>)	Nivel 2	QL (20 ML por 1 día)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (<i>rivaroxaban</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
Eritropoyetinas - Medicamentos para la Sangre		
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa in polysorbate 80</i>)	Nivel 4	PA

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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-eh1</i>)	Nivel 4	
ELOCTATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 5,000 UNIT, 500 UNIT, 6,000 UNIT, 750 UNIT (<i>antihemophilic factor (fviii) recombinant, fc fusion protein</i>)	Nivel 4	
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>antihemophilic factor (fviii) rec, b-dom truncated peg-exei</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
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (<i>antihemophilic factor, human</i>)	Nivel 4	
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (<i>antihemophilic factor, human</i>)	Nivel 4	
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (<i>antihemophilic factor, human</i>)	Nivel 4	
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (<i>antihemophilic factor, human</i>)	Nivel 4	
HUMATE-P INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-2,400 UNIT, 250-600 UNIT, 500-1,200 UNIT (<i>antihemophilic factor, human/von willebrand factor, human</i>)	Nivel 4	
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>antihemophilic factor (fviii) rec, b-domain deleted peg-aucI</i>)	Nivel 4	
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>antihemophilic factor, human</i>)	Nivel 4	
KOGENATE FS 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	
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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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
NYPOZI INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (<i>filgrastim-txid</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>eflapgrastim-xnst</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
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-fpgk</i>)	Nivel 4	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	Nivel 4	PA
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	Nivel 4	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	Nivel 4	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (<i>filgrastim-sndz</i>)	Nivel 4	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-bmez</i>)	Nivel 4	PA
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	
Agentes de Tratamiento de la Hemofilia - Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Sangre		
ALHEMO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.5 ML (100 MG/ML), 300 MG/3 ML (100 MG/ML), 60 MG/1.5 ML (40 MG/ML) (<i>concizumab-mtcī</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HYMPAVZI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (<i>marstacimab-hncq</i>)	Nivel 4	PA
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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (12 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (18 ML por 30 días)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>eptifibatide intravenous solution 0.75 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 4	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Inhibidores de la Fosfodiesterasa III - Medicamentos para la Sangre		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Agentes de Quinazolina - Medicamentos para la Sangre		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Salicilatos - Medicamentos para la Sangre		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 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,CHEWABLE 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Agentes Tienopiridinas - Medicamentos para la Sangre		
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 30 días)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>prasugrel hcl 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 TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG (<i>mitapivat sulfate</i>)	Nivel 4	PA
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (<i>mitapivat sulfate</i>)	Nivel 4	PA
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)
XROMI ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 3	PA
Inhibidor de Trombina - Selectivo, Directo y Reversible - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<i>argatroban in 0.9 % sod chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>argatroban intravenous solution 100 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg,150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	Nivel 3	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Inhibidor de Trombina - Selectivo Directo y Reversible - Tipo Hirudina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<i>bivalirudin intravenous recon soln 250 mg</i>	Nivel 4	
<i>bivalirudin intravenous solution 250 mg/50 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 4	
Agonistas del Receptor de Trombopoyetina - Medicamentos para la Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG (<i>eltrombopag choline</i>)	Nivel 4	PA
DOPTLET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (<i>avatrombopag maleate</i>)	Nivel 4	PA
DOPTLET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (<i>avatrombopag maleate</i>)	Nivel 4	PA
DOPTLET (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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG (<i>seladelpar lysine</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado		
Agonista del Receptor Farnesoide X (FXR), Análogo de Ácidos Biliares - Medicamentos para el Hígado		
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>obeticholic acid</i>)	Nivel 4	PA
Inhibidor del Transportador de Ácidos Biliares Ileales (IBAT) - Medicamentos para el Hígado		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG (<i>odevixibat</i>)	Nivel 4	PA
BYLVAY ORAL PELLET 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		
Inmunosupresor - Antagonista del Receptor GCSF, Anticuerpo monoclonal		
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>axatilimab-csfr</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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (<i>cyclosporine, modified</i>)	Nivel 2	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cyclosporine, modified</i>)	Nivel 2	
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 2	
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 2	
<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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
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)		
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>edaravone intravenous solution 30 mg/100 ml</i>	Nivel 4	PA
<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
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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>ziluoplan sodium</i>)	Nivel 4	PA
Distrofia Muscular de Duchenne - Oligonucleótido Antisentido con Omisión de Exones - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
AMONDYS-45 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>casimersen</i>)	Nivel 4	PA
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 Musculoesquelética - 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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (<i>hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked</i>)	Nivel 3	PA
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (<i>hyaluronate sodium, stabilized</i>)	Nivel 3	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BOTOX INJECTION RECON SOLN 100 UNIT, 200 UNIT (<i>onabotulinumtoxina</i>)	Nivel 4	PA
DAXXIFY INTRAMUSCULAR RECON SOLN 100 UNIT (<i>daxibotulinumtoxina-lanm</i>)	Nivel 4	PA
DYSPORT INTRAMUSCULAR RECON SOLN 300 UNIT, 500 UNIT (<i>abobotulinumtoxina</i>)	Nivel 4	PA
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION 10,000 UNIT/2 ML, 2,500 UNIT/0.5 ML, 5,000 UNIT/ML (<i>rimabotulinumtoxinb</i>)	Nivel 4	PA
XEOMIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 100 UNIT, 200 UNIT, 50 UNIT (<i>incobotulinumtoxina</i>)	Nivel 4	PA
Relajante del Músculo Esquelético - Combinaciones de Salicilatos Analgésicos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 mg</i>	Nivel 1	
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral capsule 4 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral capsule 6 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 1 día)
Relajante del Músculo Esquelético - Relajantes Musculares Directos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>dantrolene oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG (<i>risdiplam</i>)	Nivel 4	PA
Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero (DME) - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
Suministros Médicos y DME – Aguja de Extracción de Sangre - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (<i>needles, blood collection</i>)	Nivel 3	
MULTI-DRAW NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (<i>needles, blood collection</i>)	Nivel 3	
Suministros Médicos y DME - Pruebas de Glucosa en Sangre - - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIP 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)
ACCUTREND 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic, disc-type</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARESENS S TEST STRIP 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY PLUS II TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY STEP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MYGLUCOHEALTH STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION XTRA TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIER TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIUM V10 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRODIGY NO CODING STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
QUINTET AC STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMARTEST TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TD GOLD TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TELCARE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TEST N'GO TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
WAVESENSE PRESTO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
Suministros Médicos y DME - Gorros Cervicales - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (<i>cervical cap</i>)	\$0	CT; EHB
Suministros Médicos y DME - Diversos Suministros de Prueba para COVID-19 -Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (<i>covid-19 molecular nucleic acid test assay</i>)	\$0	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
Medical Supplies and DME - Enteral Syringes - Medical Supplies and Durable Medical Equipment		
ENFIT THUMB CONTROL RING SYRINGE 60 ML (<i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, enfit 1 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, enfit 3 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 35 ML (<i>syringe, enfit 35 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, enfit 6 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, enfit 60 ml, sterile</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP (<i>syringe cap, enfit, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, enfit 1 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 12 ML (<i>syringe, enfit 12 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, enfit 3 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 35 ML (<i>syringe, enfit 35 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, enfit 6 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML (<i>syringe, enfit 0.5 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, enfit 1 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 12 ML (<i>syringe, enfit 12 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, enfit 20ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, enfit 3 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 35 ML (<i>syringe, enfit 35 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, enfit 6 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED 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	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 0.5 ml, 1 ml, 20 ml, 3 ml, 35 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 10 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 5 ml</i>	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>syringe, enfit, sterile syringe 1 ml, 3 ml, 35 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 10 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 20 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 5 ml</i>	Nivel 3	
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (<i>lancets with blood glucose test strips</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CAREONE ULTRA THIN LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (<i>diabetic supplies, miscell</i>)	Nivel 3	PA; DD
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COAGUCHEK LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COLOR LANCETS 21 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 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
DEXCOM G6 RECEIVER (<i>blood-glucose meter, receiver, continuous</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 90 días)
DEXCOM G7 RECEIVER (<i>blood-glucose meter, receiver, 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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (<i>glucose sensor,implantable,continuous/dexamethasone acetate</i>)	Nivel 3	PA; DD
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
EVERSENSE E3 SENSOR-HOLDER SUBCUTANEOUS DEVICE (<i>glucose sensor,implantable,continuous/dexamethasone acetate</i>)	Nivel 3	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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH 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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
SMARTTEST LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-TOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (<i>lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze</i>)	Nivel 2	DD
THIN LANCETS 26 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
UNISTIK 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
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 - Agujas, Jeringas y Suministros para Administrar Insulina - 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
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (<i>pen needle, diabetic disposable, safety</i>)	Nivel 2	DD
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
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	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 (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
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 2	DD
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (<i>insulin pump controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (<i>syringe with needle,insulin 0.3 ml (half unit mark)</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (<i>syringe with needle,insulin,0.3 ml</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle,insulin,0.5 ml</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (<i>syringe with needle,disposable,insulin 1 ml</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
Suministros Médicos y DME - Condones Masculinos - 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
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX AIR CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (<i>condoms, non-latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
FANTASY CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, non-lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2", 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE 5-MICRON NOKO NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" (needles, filter)	Nivel 3	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 3	
BD 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD INTRADERMAL BEVEL NEEDLES NEEDLE 26 GAUGE X 3/8" (<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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 TIP CONTROL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
BD NOKOR ADMIX NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, disposable)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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", 1 ML 27 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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (<i>syringe, disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (<i>syringe with needle and cannula, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (<i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle,disposable, 0.5 ml)	Nivel 3	
blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 ", 22 x 1 1/2 ", 23 x 1 "	Nivel 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 ml)	Nivel 3	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 ml)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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" (needles, disposable)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 3	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 3	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 ml)	Nivel 3	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (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
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 TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 3/4", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1/2", 28 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 30 X 1/2 ", 31 GAUGE X 5/16" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,10 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,5 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY TRAY 1 ML 25 GAUGE X 1" (<i>safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1 1/4", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1 1/4", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 24 GAUGE X 1 1/4", 24 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 26 GAUGE X 3/8", 26 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1", 30 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/16" (needles, disposable)	Nivel 3	
EASY TOUCH 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 SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 ml)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 5 ML (<i>syringe, disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
EASYPPOINT NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe, safety with needle, 3 ml</i>)	Nivel 3	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (<i>syringe with needle, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 20 X 3/4 ", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 2", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 3/4", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 26 GAUGE X 1/2", 26 GAUGE X 3/8", 26 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1/2" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (<i>syringe, disposable, 30 ml</i>)	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	
<i>filter needles needle 18 gauge x 1 1/2", 19 x 1 ", 19 x 1 1/2 "</i>	Nivel 3	
FLOW-EZE VENTED NEEDLE NEEDLE (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
<i>huber safety needles (disp.) needle 22 x 3/4 "</i>	Nivel 3	
HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 26 GAUGE X 5/8" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (<i>syringe with cannula, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (<i>syringe disposable irrigation</i>)	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA NEEDLE 18 GAUGE X 1" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 1 ML 18 GAUGE X 1" (<i>syringe with cannula, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 3 ML 18 X 1" (<i>syringe with cannula, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (<i>syringe, disposable, 30 ml</i>)	Nivel 3	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (<i>syringe, disposable, 30 ml</i>)	Nivel 3	
MAD NASAL ATOMIZER-SYRG-ADAPTR NASAL COMBO PACK (<i>syringe with cannula, disposable, 1 ml and atomizer</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (<i>syringe, disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (<i>syring w-needl 0.5 ml,kit-tray</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray)	Nivel 3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 ml)	Nivel 3	
MONOJECT FILTER ASPIRATOR NEEDLE 18 X 3 " (needles, filter)	Nivel 3	
MONOJECT FILTER NEEDLE NEEDLE 5 MICRON 20 X 1 1/2" (needles, filter)	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" (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
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" (needles, disposable)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 ml)	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT MEDICATION TRANSF NDL NEEDLE 20 X 1 " (needles, pharmacy compound)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 ml)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 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
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (<i>syringe with needle,disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,12 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 6 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	Nivel 3	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 ml)	Nivel 3	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 ml)	Nivel 3	
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	
NOKOR NEEDLE NEEDLE 16 GAUGE X 1", 18 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	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" (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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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" (syringe, safety needle 10 ml and self-contained disposal unit)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 ml, self-contained disposal unit)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 ml with safety needle, self-contained disposal unit)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 ml, self-contained disposal unit)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 ml and self-contained disposal unit)	Nivel 3	
safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 3	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Nivel 3	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (<i>syringe, disposable</i>)	Nivel 3	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (<i>syringe, disposable, 30 ml</i>)	Nivel 3	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (<i>syringe, disposable irrigation, 70 ml</i>)	Nivel 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 3	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, safety 3 ml</i>)	Nivel 3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,10 ml</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,5 ml</i>)	Nivel 3	
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	

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Z STAT LG MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROTRACH PLUS SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROVENT PLUS SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 VALVED MDI SPACER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FLEXICHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
MICROCHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
MICROSPACER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE 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
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	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
Suministros Médicos y DME - Dispositivos para Administrar Insulina Subcutánea - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (<i>subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable</i>)	Nivel 3	PA; DD
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (<i>insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle</i>)	Nivel 3	DD
ILET STARTER KIT-INSET KIT (<i>insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle</i>)	Nivel 3	DD
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge,subcut automated dosing,bt,g6/l2</i>)	Nivel 2	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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bt, g6/g7</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cart, automated dosing, bt, g6/l2 with controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
V-GO 20 DEVICE (<i>sub-q insulin delivery device, 20 unit, disposable</i>)	Nivel 2	DD
V-GO 30 DEVICE (<i>sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable</i>)	Nivel 2	DD
V-GO 40 DEVICE (<i>sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable</i>)	Nivel 2	DD
Suministros Médicos y DME - Bomba de Insulina Subcutánea - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
ILET INSULIN PUMP (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
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
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (<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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Glucosa en Orina-Pruebas de Combinación de Acetona - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
KETO-DIASTIX STRIP (<i>urine glucose-acet test strip</i>)	Nivel 3	DD
Suministros Médicos y DME – Pruebas de Cetonas en Orina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
CHEK-STIX CONTROL STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
KETONE CARE STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
KETONE URINE TEST STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
KETOSTIX STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
TRUEPLUS KETONE STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
Suministros Médicos y DME- Equipos de Extracción de Sangre con Anestésicos Locales - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT KIT 21 GAUGE X 3/4" -2.5 %-2.5 % (<i>blood collection set/lidocaine/prilocaine</i>)	Nivel 3	
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		
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/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
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
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)
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)

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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)
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (<i>pen needle, diabetic disposable, safety</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 ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 ml,kit-tray)	Nivel 3	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Nivel 2	DD
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2", 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 ml (half unit mark))	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe, insulin u-500 with needle, disposable, 0.5 ml)	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 ml)	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 ml)	Nivel 2	DD
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 ml)	Nivel 2	DD
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	

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (<i>blade lancet, safety</i>)	Nivel 2	DD
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD NOKOR ADMIX NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 3/8" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD REGULAR BEVEL NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SHORT BEVEL NEEDLES NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD SHORT BEVEL THIN WALL NEEDLE 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (<i>syringe, disposable, 50 ml</i>)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 ml)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
BD SYRINGE SLIP TIP 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 SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (<i>syringe with needle and cannula, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (<i>syringe with needle,disposable, 0.5 ml</i>)	Nivel 3	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle,insulin,0.3 ml</i>)	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle,disposable,insulin 1 ml</i>)	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle,insulin,0.5 ml</i>)	Nivel 2	DD
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (<i>lancets with blood glucose test strips</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 ", 22 x 1 1/2 ", 23 x 1 "</i>	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic, disc-type</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CAREONE ULTRA THIN LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 ml)	Nivel 3	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 ml)	Nivel 3	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARESENS S TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (covid-19 antigen immunoassay test)	\$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" (needles, disposable)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP 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
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (<i>syringe, disposable, 5 ml</i>)	Nivel 3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (<i>diaphragms, contoured</i>)	\$0	CT; EHB
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE PRO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
COAGUCHEK LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COLOR LANCETS 21 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COMBISTIX REAGENT STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 LARGE MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (<i>syringe disposable irrigation</i>)	Nivel 3	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (<i>syringe disposable irrigation</i>)	Nivel 3	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe disposable irrig, 60 ml</i>)	Nivel 3	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
DUREX AIR CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (<i>condoms, non-latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRING SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY PLUS II TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY STEP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 3/4", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1", 27 GAUGE X 1/2", 28 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 30 X 1/2 ", 31 GAUGE X 5/16" (<i>needles, safety</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety with needle,10 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,5 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY TRAY 1 ML 25 GAUGE X 1" (<i>safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe,safety with needle,1 ml</i>)	Nivel 3	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1 1/4", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1 1/4", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 24 GAUGE X 1 1/4", 24 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 26 GAUGE X 3/8", 26 GAUGE X 5/8", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 1", 30 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/16" (needles, disposable)	Nivel 3	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (safety syringe with needle, disposable kit-tray, 1 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (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 TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
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	
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	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" (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 NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (covid-19 antigen immunoassay test)	\$0	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ENFIT THUMB CONTROL RING SYRIN SYRINGE 60 ML (syringe, enfit 60 ml, non-sterile)	Nivel 3	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE PROVUEW TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (<i>glucose sensor,implantable,continuous/dexamethasone acetate</i>)	Nivel 3	PA; DD
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
EVERSENSE E3 SENSOR-HOLDER SUBCUTANEOUS DEVICE (<i>glucose sensor,implantable,continuous/dexamethasone acetate</i>)	Nivel 3	DD
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 ml)	Nivel 3	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 ml)	Nivel 3	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	\$0	CT; EHB
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (covid-19 antigen immunoassay test)	\$0	
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	\$0	CT; EHB
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	\$0	CT; EHB
filter needles needle 18 gauge x 1 1/2", 19 x 1 ", 19 x 1 1/2 "	Nivel 3	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	Nivel 2	DD
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (<i>flash glucose scanning reader</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (<i>flash glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE UNISTIK 2 (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (covid-19 antigen immunoassay test)	\$0	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA; DD
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Nivel 3	
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
HEMA-COMBISTIX STRIP (urine multiple test strips)	Nivel 3	
huber safety needles (disp.) needle 22 x 3/4 "	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" (needles, disposable)	Nivel 3	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (covid-19 antigen immunoassay test)	\$0	
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	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
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
ILET INSULIN PUMP (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (<i>insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle</i>)	Nivel 3	DD
ILET STARTER KIT-INSET KIT (<i>insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle</i>)	Nivel 3	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
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
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 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 (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i>)	Nivel 2	DD
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart</i>)	Nivel 2	DD
INSPIRACHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (<i>syringe disposable irrigation</i>)	Nivel 3	
KETO-DIASTIX STRIP (<i>urine glucose-acet test strip</i>)	Nivel 3	DD
KETONE CARE STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
KETONE URINE TEST STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
KETOSTIX STRIP (<i>urine acetone test strips</i>)	Nivel 3	DD
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, non-lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
LABSTIX REAGENT STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	Nivel 2	DD
LANCETS, SUPER THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
LANCETS, ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LIFESHIELD BLUNT CANNULA SYRINGE 3 ML 18 X 1" (<i>syringe with cannula, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (<i>covid-19 molecular nucleic acid test assay</i>)	\$0	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (<i>syringe, disposable, 30 ml</i>)	Nivel 3	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (<i>syringe, disposable, 30 ml</i>)	Nivel 3	
MAD NASAL ATOMIZER-SYRG-ADAPTR NASAL COMBO PACK (<i>syringe with cannula, disposable, 1 ml and atomizer</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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (<i>blade lancet, safety</i>)	Nivel 2	DD
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MICROCHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICRODOT LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICROLET LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MICROSPACER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
MINIMED 780G INSULIN PUMP (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (<i>syringe, disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (<i>syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (<i>syring w-needl 0.5 ml,kit-tray</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (<i>syringe with needle 1 ml, disposable kit-tray</i>)	Nivel 3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (<i>needles, blood collection</i>)	Nivel 3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, enfit 1 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, enfit 3 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 35 ML (<i>syringe, enfit 35 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, enfit 6 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, enfit 60 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 12 ML (<i>syringe, enfit 12 ml, sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, enfit 3 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 35 ML (<i>syringe, enfit 35 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, enfit 6 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
MONOJECT FILTER ASPIRATOR NEEDLE 18 X 3 " (<i>needles, filter</i>)	Nivel 3	
MONOJECT FILTER NEEDLE NEEDLE 5 MICRON 20 X 1 1/2" (<i>needles, filter</i>)	Nivel 3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 14 GAUGE X 1 1/2", 14 GAUGE X 1", 14 GAUGE X 2", 15 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1 1/2", 16 GAUGE X 1", 16 GAUGE X 3/4", 16 GAUGE X 5/8", 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 2", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1 1/4", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 25 X 2 ", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1 1/4", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYL NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 3/4", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 ml)	Nivel 3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT MEDICATION TRANSF NDL NEEDLE 20 X 1 " (needles, pharmacy compound)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 ml)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 ml)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 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
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (<i>syringe, disposable, 35 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (<i>syringe, disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (<i>syringe with needle, disposable</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (<i>syringe, disposable, 12 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (<i>syringe, safety with needle, 12 ml</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 ml)	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" (syringe with needle,disposable, 12 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 ml)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 ml)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (<i>syringe with needle,disposable, 6 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, disposable, 60 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (<i>syringe with needle, disposable, 0.5 ml</i>)	Nivel 3	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MULTI-DRAW NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (<i>needles, blood collection</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 10 SG STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 5 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 7 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 8 SG STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 9 SG STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 9 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MYGLUCOHEALTH STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>needles, huber disposable needle 22 x 1 "</i>	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML (<i>syringe, enfit 0.5 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 1 ML (<i>syringe, enfit 1 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 12 ML (<i>syringe, enfit 12 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 20 ML (<i>syringe, enfit 20ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, enfit 3 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 35 ML (<i>syringe, enfit 35 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 6 ML (<i>syringe, enfit 6 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEOMED ENFIT SYRINGE SYRINGE 60 ML (<i>syringe, enfit 60 ml, non-sterile</i>)	Nivel 3	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NOKOR NEEDLE NEEDLE 16 GAUGE X 1", 18 GAUGE X 1" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (<i>syringe, disposable, 10 ml</i>)	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (<i>syringe, disposable, 20 ml</i>)	Nivel 3	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (<i>syringe, disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
NO-STICK GLUCOSE STRIP (<i>urine glucose test strip</i>)	Nivel 3	DD
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
NOVA SUREFLEX LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bt, g6/l2</i>)	Nivel 2	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
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cart, automated dosing, bt, g6/l2 with controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
OPTIUM EZ STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTIUM TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION XTRA TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIER TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIUM V10 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PRIMEAIRE SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
QUINTET AC STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
REFUAH PLUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELION ULTIMA STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
REVEAL TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (<i>syringe,needle,safety 1 ml,self-contained disposal unit</i>)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (<i>syringe, safety 10 ml, self-contained disposal unit</i>)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (<i>syringe,safety needle 10 ml and self-contained disposal unit</i>)	Nivel 3	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (<i>syringe, safety 3 ml, self-contained disposal unit</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
SINGLE-LET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMARTTEST LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMARTTEST TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SURE-TOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>syringe 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", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 3	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Nivel 3	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (<i>syringe, disposable</i>)	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 0.5 ml, 1 ml, 20 ml, 3 ml, 35 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 10 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, non-sterile syringe 5 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 1 ml, 3 ml, 35 ml, 60 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 10 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 20 ml</i>	Nivel 3	
<i>syringe, enfit, sterile syringe 5 ml</i>	Nivel 3	
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI CARTRIDGE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD
TANDEM MOBI SYSTEM (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (<i>infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge</i>)	Nivel 3	DD

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

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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	\$0	CT; EHB
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 ml)	Nivel 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"	Nivel 3	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	Nivel 3	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 ml)	Nivel 3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 ml)	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" (syringe,safety with needle,3 ml)	Nivel 3	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 ml)	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" (syringe,safety with needle,1 ml)	Nivel 3	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 2	DD
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 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
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
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (<i>syringe with needle,insulin 0.3 ml (half unit mark)</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (<i>syringe with needle,insulin,0.3 ml</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle,insulin,0.5 ml</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (<i>syringe with needle,disposable,insulin 1 ml</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (<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
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRATRAK STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNILET GP LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNILET LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
URISTIX 4 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
URISTIX REAGENT STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (<i>syringe with needle,disposable, 1 ml</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,10 ml</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (<i>syringe with needle,disposable, 3 ml</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,3 ml</i>)	Nivel 3	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (<i>syringe,safety with needle,5 ml</i>)	Nivel 3	
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
V-GO 20 DEVICE (<i>sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable</i>)	Nivel 2	DD
V-GO 30 DEVICE (<i>sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable</i>)	Nivel 2	DD
V-GO 40 DEVICE (<i>sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable</i>)	Nivel 2	DD
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium 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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
YALE DISPOSABLE NEEDLES NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/4" (<i>needles, disposable</i>)	Nivel 3	
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		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, 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	
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML (<i>vestronidase alfa-vjbk</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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) (<i>elapegedemase-lvlr</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos		
Modificador Metabólico - Enfermedad de Neimann-Pick Tipo C (NPC)		
AQNEURSA ORAL GRANULES IN PACKET 1 GRAM (<i>levacetylleucine</i>)	Nivel 4	PA
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG (<i>arimoclomol citrate</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Enfermedad de Pompe - Inhibidor de GCS		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (<i>miglustat</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos – Medicamentos que Alteran el Metabolismo		
Agentes para el Tratamiento del Hiperparatiroidismo - Tipo Análogo de Vitamina D - Medicamentos 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	
<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 - Medicamentos 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Enfermedad de Gaucher, Tipo 1, Tx de Reducción de Sustrato - Medicamentos 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 - Medicamentos 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 - Medicamentos 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
Modificadores Metabólicos - Agentes de Tratamiento de Homocistinuria - Medicamentos que Alteran el Metabolismo		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Inhibidores de Fosfatidilinositol-3-Quinasa (PI3K) - Medicamentos 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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 - Medicamentos 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) - Medicamentos 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 - Medicamentos que Alteran el Metabolismo		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (<i>cobicistat</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
Tx Chaperón Farmacológico - Estabilizador de la Enzima alfa-galactosidasa A - Medicamentos 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 - Medicamentos que Alteran el Metabolismo		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>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 - Medicamentos que Alteran el Metabolismo		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para el Tratamiento del Síndrome de Progeria - Inhibidor de Farnesiltransferasa - Medicamentos 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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA EDAD ES DE 6 MESES A 6 AÑOS
<i>fluoride (sodium) oral tablet,chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA EDAD ES DE 6 MESES A 6 AÑOS
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % (<i>sodium fluoride/potassium nitrate</i>)	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (<i>sodium fluoride/potassium nitrate</i>)	Nivel 3	
FRAICHE 5000 KIDS PLUS DENTAL GEL 1.1-4 % (<i>sodium fluoride/hydroxyapatite</i>)	Nivel 3	
FRAICHE 5000 PREVI DENTAL GEL 1.1-3 % (<i>sodium fluoride/hydroxyapatite</i>)	Nivel 3	
JUST RIGHT 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 3	
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 1	
SF DENTAL GEL 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Nivel 1	
Producto Dental - Anestésicos Locales - Medicamentos para la Boca y Garganta		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Boca y Garganta - Glucocorticoides - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>triamcinolone acetanide</i> (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetanide dental paste 0.1 %</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Boca y Garganta - Amidas Anestésicas Locales - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	Nivel 1	
<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		
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (<i>potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps</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	
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agente de 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
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML (<i>ocrelizumab-hyaluronidase-ocsq</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
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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/ML, 40 Mg/ML)	Nivel 4	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG (<i>diroximel fumarate</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Bloqueador de Canales de Potasio - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Análogos de Nucleósidos de Purina - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (<i>fingolimod lauryl sulfate</i>)	Nivel 4	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (<i>ozanimod hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG - 0.92 MG (21) (<i>ozanimod hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (<i>ozanimod hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Oftálmicos		
Oftálmico - Agentes de Reversión		
RYZUMVI OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.75 % (<i>phentolamine mesylate/pf</i>)	Nivel 3	
Antiparasitarios Oftálmicos		
XDEMVI 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	
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 4	
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	
Oftálmico - Betabloqueantes-Inhibidores de la Anhidrasa Adrenérgica-Carbónica y Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>timol-brimon-dorzol-bimato(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %-0.15 %- 2 %-0.01 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Agonista de los Receptores Adrenérgicos - Medicamentos para los Ojos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
QLOSI OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.4 % (<i>pilocarpine hcl</i>)	Nivel 3	PA
VUITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % (<i>pilocarpine hcl</i>)	Nivel 3	PA
Oftálmico - Combinaciones de Antibacterianos y Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 10-0.2 % (sulfacetamide sodium/prednisolone acetate)	Nivel 2	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	Nivel 1	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	Nivel 1	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	Nivel 1	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	Nivel 1	
neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin b/hydrocortisone (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)	Nivel 1	
PRED-G S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.6 % (gentamicin sulfate/prednisolone acetate)	Nivel 3	
prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %	Nivel 1	
prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %	Nivel 1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	Nivel 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 3	ST
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % (<i>tobramycin/loteprednol etabonate</i>)	Nivel 3	
Oftálmico - Combinaciones de Antibacterianos, Glucocorticoides y AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>prednisoln sp-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolon-moxiflox-bromf(pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.09 %</i>	Nivel 1	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Agentes Antifibróticos - Medicamentos para los Ojos		
<i>mitomycin (pf) in water ophthalmic (eye) syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/ml</i>	Nivel 4	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG (<i>mitomycin</i>)	Nivel 3	
Oftálmicos - Antihistamínicos - Medicamentos para la Picazón en los Ojos		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (12 ML por 30 días)
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 30 días)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 30 días)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT 0.19 MG (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	ST; QL (5.6 ML por 14 días)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (7 GM por 14 días)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (10 GM por 14 días)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	Nivel 1	QL (10 GM por 14 días)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 14 días)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (dexamethasone)	Nivel 3	ST; QL (25 ML por 14 días)
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT 0.7 MG (dexamethasone)	Nivel 3	
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (prednisolone acetate)	Nivel 3	ST; QL (20 ML por 14 días)
prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT 0.59 MG (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
XIPERE (PF) SUPRACHOROIDAL SUSPENSION 40 MG/ML (triamcinolone acetonide/pf)	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
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)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ILEVRO OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % (<i>nepafenac</i>)	Nivel 2	QL (3.4 ML por 16 días)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 30 días)
NEVANAC OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (<i>nepafenac</i>)	Nivel 3	ST; QL (9 ML por 16 días)
Oftálmicos – Combinaciones de Betabloqueantes-Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica-Adrenérgico - Medicamentos para el Glaucoma		
<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		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sod ph-bromf (pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.09 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sod ph-bromfenac ophthalmic (eye) drops 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Factor de Crecimiento Nervioso Humano (hNGF)- Medicamentos para los Ojos		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (<i>cenegermin-bkbj</i>)	Nivel 4	PA
Oftálmico - Agentes Reductores de la Presión Intraocular, Betabloqueantes - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % (<i>timolol</i>)	Nivel 3	
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (<i>betaxolol hcl</i>)	Nivel 3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.05 ML (<i>aflibercept-ayyh</i>)	Nivel 4	PA
PAVBLU INTRAVITREAL SYRINGE 2 MG/0.05 ML (<i>aflibercept-ayyh</i>)	Nivel 4	PA
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (<i>ranibizumab/needle, initial fill, filter</i>)	Nivel 4	PA
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
Oftálmico - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para la Picazón en los Ojos		
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		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	Nivel 1	
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin b (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)	Nivel 1	
bacitracin/polymyxin b sulfate (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	Nivel 1	
tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1-2.5 %, 1.5-5 %	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglucósidos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	Nivel 1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	Nivel 1	
tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1-2.5 %, 1.5-5 %	Nivel 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (tobramycin)	Nivel 2	
Antibiótico Oftálmico - Inhibidores de la Deshidropeptidasa - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 % (besifloxacin hcl)	Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (ciprofloxacin hcl)	Nivel 2	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	Nivel 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antagonistas del Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A) - Medicamentos para los Ojos		
BEOVU INTRAVITREAL SYRINGE 6 MG/0.05 ML (<i>brolocizumab-dbll</i>)	Nivel 4	PA
<i>bevacizumab intravitreal syringe 1.25 mg/0.05 ml, 2 mg/0.08 ml, 2.5 mg/0.1 ml, 2.75 mg/0.11 ml, 3.25 mg/0.13 ml</i>	Nivel 4	PA
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab-nuna</i>)	Nivel 4	PA
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab-eqrn</i>)	Nivel 4	PA
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
LUCENTIS INTRAVITREAL SYRINGE 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (<i>ranibizumab/needle, initial fill, filter</i>)	Nivel 4	PA
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
Inhibidores del Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A y PlGF) - 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
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.05 ML (<i>aflibercept-ayyh</i>)	Nivel 4	PA
PAVBLU INTRAVITREAL SYRINGE 2 MG/0.05 ML (<i>aflibercept-ayyh</i>)	Nivel 4	PA
Soluciones para la Preservación de Órganos		
Soluciones Micropléjicas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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 Cardioplégicas 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 Cardioplégicas - 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 DEL NIDO-ISOLYT S PERFUSION SOLUTION 26 MEQ/1,052.8 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.35</i>)	Nivel 3	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM PERFUSION SOLUTION 108 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.10</i>)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 4:1 PLASMALYT PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/542 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic no.23 (induction 4:1)</i>)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 48 MEQ/522.8 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.27 (induction 4:1)</i>)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH PERFUSION SOLUTION 70 MEQ/300 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.18 (induction 8:1)</i>)	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/415 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.22</i> (<i>induction 4:1</i>))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.30</i> (<i>induction 4:1</i>))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 60 MEQ/830 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.34</i> (<i>induction 4:1</i>))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1 PERFUSION SOLUTION 100 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.15</i> (<i>induction 8:1</i>))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAIN 8:1 NO-ENRCH PERFUSION SOLUTION 24 MEQ/300 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.32</i> (<i>maintenance 8:1</i>))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 PLASMA PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/1,047 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.31</i> (<i>maintenance 4:1</i>))	Nivel 3	
CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 12 MEQ/504.8 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.29</i> (<i>maintenance 4:1</i>))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 20 MEQ/810 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.20</i> (<i>maintenance 4:1</i>))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/L (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.26</i> (<i>maintenance 4:1</i>))	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.14 (maintenance 8:1)</i>)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 15 MEQ/477.5 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic no.21 (reperfusate 4:1)</i>)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 15 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.28 (reperfusate 4:1)</i>)	Nivel 3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 7.5 MEQ/238.75 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.24 (reperfusate 4:1)</i>)	Nivel 3	
CARDIOPLEGIA WARM INDUCT 4:1 PERFUSION SOLUTION 40 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.33 (warm induction 4:1)</i>)	Nivel 3	
<i>cardioplegic no.17(induct 4:1) perfusion solution 50 meq/500 ml (potassium)</i>	Nivel 1	
<i>cardioplegic no.19 (maint 4:1) perfusion solution 40 meq/l (potassium)</i>	Nivel 1	
<i>cardioplegic soln perfusion solution 16 meq/l (= k+)</i>	Nivel 1	
<i>cardioplegic solution no.25 perfusion solution 29 mmol/l (potassium)</i>	Nivel 1	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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 sulf/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	
Ótico (Oído) - Combinaciones de Anestésicos Locales y Analgésicos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
TYMBION INTRATYMPANIC SOLUTION 20 MG/ML (2 %)- 1:100,000 (<i>lidocaine hcl/epinephrine</i>)	Nivel 3	
Ótico (Oído) - Combinaciones de Pabellón Auricular - Antibióticos		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (<i>hydrocortisone/pramoxine hcl/chloroxyleneol</i>)	Nivel 3	
Agentes de Terapia Respiratoria		
Asma/EPOC - Inhibidores de Fosfodiesterasa-3 y -4 (PDE3 y PDE4)		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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>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)
<i>carbinoxamine maleate oral suspension,extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (Min 2 Años)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Edad (Mín 2 Años)
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl</i> (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (<i>carbinoxamine maleate</i>)	Nivel 3	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (Mín 2 Años)
Antihistamínico - 1ª Generación - Fenotiazinas - Medicamentos para las Alergias		
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antihistamínico - 1ra Generación - Piperidinas - Medicamentos para Alergias		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
Antihistamínico - 1ra Generación - Medicamentos para Alergias		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Edad (Mín 2 Años)
<i>carbinoxamine maleate oral suspension,extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (960 ML por 30 días); Edad (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	
<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)

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 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 REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (<i>beclomethasone dipropionate</i>)	Nivel 3	ST; QL (21.2 GM por 30 días)
Terapia del Asma - Antagonistas Alfa del Receptor de Interleucina-4 (IL-4), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 4	PA
Terapia del Asma - Inhibidores de Interleucina-5 (IL-5), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>reslizumab</i>)	Nivel 4	PA

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTION, 230-21 MCG/ACTION, 45-21 MCG/ACTION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (12 GM por 30 días)
AIRDUO DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG-14 MCG/ACTION, 232-14 MCG/ACTION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTION (albuterol sulfate/budesonide)	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 (fluticasone furoate/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
budesonide/formoterol fumarate (Breyna Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Action, 80-4.5 Mcg/Action)	Nivel 1	QL (30.9 GM por 30 días)
budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/action, 80-4.5 mcg/action	Nivel 1	QL (30.9 GM por 30 días)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTION, 50-5 MCG/ACTION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Nivel 3	ST; QL (39 GM por 30 días)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Nivel 3	ST; QL (13 GM por 30 días)
fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/action, 232-14 mcg/action, 55-14 mcg/action	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Fibrosis Quística - Agentes Osmóticos Inhalados - Medicamentos para la Fribrosis 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 Transmembólica de Fibra Quística - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG, 4-20-50 MG (<i>vanzacaftor calcium/tezacaftor/deutivacaftor</i>)	Nivel 4	PA
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG (<i>lumacaftor/ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG (<i>lumacaftor/ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) (<i>tezacaftor/ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) (<i>elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) (<i>elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
Anticolinérgicos Nasales - Alergia		
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</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 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		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (<i>varenicline tartrate</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
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 solution 5-1.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide (Hydromet Oral Solution 5-1.5 Mg/5 Ml)	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 (talc)	Nivel 3	
sterile talc intrapleural suspension for reconstitution 5 gram	Nivel 1	
STERITALC INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 3 GRAM (talc)	Nivel 3	
STERITALC INTRAPLEURAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2 GRAM, 4 GRAM (talc)	Nivel 3	
Agentes para el Tratamiento de la Fibrosis Pulmonar - Terapia Antifibrótica - Medicamentos para los Pulmones		
pirfenidone oral capsule 267 mg	Nivel 4	PA
pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg	Nivel 4	PA
pirfenidone oral tablet 534 mg	Nivel 4	PA
Agentes para el Tratamiento de la Fibrosis Pulmonar - Inhibidores Multiquinasa - Medicamentos para los Pulmones		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Nivel 4	PA
Productos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
Antibacteriano Vaginal - Lincosamidas - Medicamentos para Infecciones		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (clindamycin phosphate)	Nivel 3	ST; QL (3 EA por 30 días)
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	Nivel 1	
CLINDESSE VAGINAL CREAM,EXTENDED RELEASE 2 % (clindamycin phosphate)	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 2	
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 - Inhibidor de la Recaptación de Opioides/Norepinefrina y Dopamina - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8-90 MG (<i>naltrexone hcl/bupropion hcl</i>)	Nivel 3	PA
Estimulantes del Apetito - Cannabinoides - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (<i>dronabinol</i>)	Nivel 3	ST; QL (60 ML por 30 días)

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | 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

- abacavir**.....51
abacavir-lamivudine.....54
ABENOR HP.....216
ABILIFY ASIMTUFII.....171
ABILIFY MAINTENA 171
abiraterone.....68, 71
Abirtega.....68, 71
ABRYSVO (PF).....101
acamprosate.....192
acarbose.....279
ACCU-CHEK AVIVA PLUS
TEST STRP.....362, 425
ACCU-CHEK FASTCLIX
LANCET DRUM 375, 425
ACCU-CHEK GUIDE TEST
STRIPS.....362, 425
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO
.....375, 425
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO
PLUS.....375, 425
ACCU-CHEK SMARTVIEW
TEST STRIP.....362, 425
ACCU-CHEK SOFTCLIX
LANCETS.....375, 426
Accutane.....216
ACCUTREND GLUCOSE
TEST STRIPS.....362, 426
ACE AEROSOL CLOUD
ENHANCER.....416, 426
acebutolol.....137
acetaminophen-codeine.....21
acetazolamide.....142
acetic acid.....324, 522
acetylcysteine.....40, 535
ACIOXIA.....240
ACIPHEX SPRINKLE.....311
acitretin.....230
ACTEMRA.....31, 32
ACTEMRA ACTPEN.....31
ACTHAR.....276
ACTHAR SELFJECT.....276
ACTHIB (PF).....114
ACTI-LANCE LANCETS..375,
426
ACTIMMUNE.....46
ACUVAIL (PF).....508
acyclovir.....59, 232
ADACEL(TDAP
ADOLESN/ADULT)(PF) 111
ADAKVEO.....348
adalimumab-adaz 25, 26, 319
adapalene.....221
adapalene-benzoyl peroxide 220
ADASUVE.....168
ADBRY.....224
ADCETRIS.....72, 94
ADDYI.....183
adefovir.....58
ADEINZDE.....218
ADEMPAS.....147
adenovirus vac live type-4, 7
.....108, 117
adenovirus vaccine live type-4
.....109, 117
adenovirus vaccine live type-7
.....109, 117
ADERMICA HP.....219
ADLARITY.....196
ADMELOG SOLOSTAR U-100
INSULIN.....298
ADMELOG U-100 INSULIN
LISPRO.....299
ADMIRAZOL.....217
ADMIRAZOL HP.....217
ADUHELM.....196
ADULT ASPIRIN REGIMEN
.....36, 349
ADULT LOW DOSE ASPIRIN
.....37, 349
ADVAIR HFA.....532
ADVANCED ALLERGY
COLLECT KIT.....236
ADVANCED GLUC METER
TEST STRIP.....362, 426
ADVANCED TRAVEL
LANCETS.....375, 426
ADVATE.....338
ADVIN COVID-19 AG HOME
TEST.....371, 426
ADVOCATE LANCET375, 426
ADVOCATE REDI-CODE
PLUS.....362, 426
ADYNOVATE.....338
ADZENYS XR-ODT 173, 181
ADZYNMA.....332
AEROCHAMBER
MECHANICAL VENT...416,
426
AEROCHAMBER MINI....416,
426
AEROCHAMBER MV 416, 426
AEROCHAMBER PLUS
FLOW-VU.....416, 426
AEROCHAMBER PLUS
FLOW-VU,L MSK...416, 426
AEROCHAMBER PLUS
FLOW-VU,M MSK..416, 426
AEROCHAMBER PLUS
FLOW-VU,S MSK...416, 426
AEROCHAMBER PLUS Z
STAT.....417, 427
AEROCHAMBER PLUS Z
STAT LG MSK.....417, 427
AEROCHAMBER PLUS Z
STAT MD MSK.....417, 427
AEROCHAMBER PLUS Z
STAT SM MSK.....417, 427
AEROCHAMBER Z-STAT
PLUS-FLW SG.....417, 427
AEROTRACH PLUS...417, 427
AEROVENT PLUS.....417, 427
Afirmelle.....200
AFLURIA TRIV 2024-2025 118
AFLURIA TRIV 2024-2025
(PF).....118
AFREZZA.....296
AFSTYLA.....338
AFTER PILL.....213, 214
AFTERA.....213, 214
AGAMATRIX AMP TEST
STRIPS.....362, 427
AGAMATRIX PRESTO TEST
STRIPS.....362, 427
AGAMREE.....291
AGGRASTAT
CONCENTRATE.....348
AGGRASTAT IN SODIUM
CHLORIDE.....348
AIMOVIG AUTOINJECTOR
.....184

AIMSCO LATEX CONDOM 389, 427	ALPRAZOLAM INTENSOL 148, 176	amoxicillin-pot clavulanate ...43
AIRDUO DIGIHALER 532	ALPROLIX 336	amphetamine sulfate ...173, 182, 189
AIRSUPRA 532	ALTABAX 225	ampicillin 43
AJOVY AUTOINJECTOR .184	ALTACAINE 512	AMVISC 514
AJOVY SYRINGE 184	ALTAFLUOR BENOX 510, 511	AMVISC PLUS 514
AKEEGA 66	Altavera (28) 200	AMVUTTRA 278
AKLIEF 221	ALTERNATE SITE LANCET 375, 428	amyl nitrite 40, 128
AKTEN (PF) 512	ALTOPREV 131	ANACAINE 249
AKYNZEO (NETUPITANT) 309	ALTRENO 221	anagrelide 349
Ala-Cort 236	ALTUVIIIO 338	ANA-LEX KIT 39
Ala-Scalp 236	ALUNBRIG 70, 71	ANALPRAM-HC 241
albendazole 43	ALURIS HP 220	ANASCORP 102
albuterol sulfate 530, 531	ALVAIZ 352	ANASTIA 248
Alcaine 512	ALVESCO 526	anastrozole 75
alclometasone 236	alvimopan 41	ANGELIQ 287
ALCOHOL PADS 98	Alyacen 1/35 (28) 200	ANKTIVA 85
ALCOHOL PREP PADS 98	Alyacen 7/7/7 (28) 210	ANNOVERA 213
alcohol swabs 99	ALYFTREK 534	ANORO ELLIPTA 531
ALCOHOL WIPES 99	ALYGLO 105	anticoag citrate phos dextrose 333
ALDURAZYME 490	ALYMSYS 67	ANUCORT-HC 38
ALECENSA 70	Alyq 147	APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN 299
alendronate 286	amantadine hcl 164, 165	APIDRA U-100 INSULIN ...299
ALFERON N 242	ambrisentan 147	APLIGRAF 251
alfuzosin 327	amcinonide 236	apomorphine 165
ALHEMO PEN 342	AMELUZ 245	apraclonidine 517
ALINIA 47	Amethia 199	aprepitant 308
aliskiren 147	Amethyst (28) 201	APRETUDE 49
ALIXI 217	amiloride 143	Apri 201
ALIXI HP 217	amiloride-hydrochlorothiazide 143	APTOM 153
ALKINDI SPRINKLE 291	aminocaproic acid 343	APTIVUS 63
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8 390, 427	amiodarone 129	AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE 391, 428
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV ...390, 427	amitriptyline 161	AQINJECT LUER LOCK SYRINGE 391, 428
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL .390, 427	amitriptyline-chlordiazepoxide 161, 176	AQINJECT SAFETY NEEDLE 391, 428
ALLERGY SYRINGE .390, 427	amlodipine 139	AQINJECT SAFETY SYRINGE 391, 428
allopurinol 332	amlodipine-atorvastatin 136	AQINJECT STANDARD NEEDLE 391, 428
almotriptan malate 185	amlodipine-benazepril 124	AQNEURSA 491
alogliptin 280	amlodipine-olmesartan 126	ARAKODA 46
alogliptin-metformin 284	amlodipine-valsartan 126	ARALAST NP 535
alogliptin-pioglitazone 284	amlodipine-valsartan-hcthiiazid 126	Aranelle (28) 210
ALOMIDE 513	ammonium lactate 235	ARANESP (IN POLYSORBATE) 335, 336
ALOMIRA HP 219	Amnesteem 216	ARCALYST 24
alosetron 315, 320	AMONDYS-45 358	AREXVY (PF) 101
ALPHANATE 338	amoxapine 161	
ALPHANINE SD 336	amoxicil-clarithromy-lansopraz 314	
alprazolam 148, 149, 176	amoxicillin 43	

arformoterol.....530
argatroban 351
argatroban in 0.9 % sod chlor
.....351
ARIDOL BRONCHIAL
CHALLENGE.....256
ARIKAYCE.....42
aripiprazole 171, 180
ARISTADA 171, 172
ARISTADA INITIO 171
armodafinil 189
ARMONAIR DIGIHALER.....526
ARMOUR THYROID 304
ARNUITY ELLIPTA.....526
arsenic trioxide 76
ARTILIS 218
ARTISS 247
ARZERRA 78
ASCENIV 105
Ascomp With Codeine 21
ASCOR.....274
ascorbic acid (vitamin c) 274
asenapine maleate 165, 180
Ashlyna 199
ASMANEX HFA 526
ASMANEX TWISTHALER.....526
ASPARLAS.....76
aspirin 37, 349
ASPIRIN CHILDRENS.....37, 349
aspirin-dipyridamole 348
ASSURE 4 STRIPS.....362, 428
ASSURE LANCE 375, 428
ASSURE LANCE PLUS 375,
428
ASSURE PLATINUM TEST
STRIP 362, 428
ASSURE PRISM MULTI
STRIP.....362, 428
ASTAGRAF XL 353
ASTRINGYN 343
ATABEX OB 263
atazanavir.....63
atenolol.....137
atenolol-chlorthalidone 140
ATGAM.....108
atomoxetine.....176
ATORVALIQ 131
atorvastatin 132
atovaquone 47
atovaquone-proguanil 46

ATRAPRO CP 235
ATROPEN 144
atropine 505
atropine sulfate (pf) 505
ATROVENT HFA 530
ATRYN.....348
ATTRUBY.....277
Aubra.....201
Aubra Eq.....201
AUGTYRO 87
auranofin 30
Aurovela 1.5/30 (21) 201
Aurovela 1/20 (21) 201
Aurovela 24 Fe 201
Aurovela Fe 1.5/30 (28).....201
Aurovela Fe 1-20 (28) 201
AUSTEDO 186, 187, 188
AUSTEDO XR.....187, 188
AUSTEDO XR TITRATION
KT(WK1-4) 187, 188
AUTOSHIELD DUO PEN
NEEDLE 386, 428
AUVELITY 158
avanafil 258
AVASTIN.....67
AVEED 278
AVEIDA.....246
Aviane 201
AVIDORA 219
AVIDORA HP 219
AVITA.....221
AVITENE 343
AVITENE FLOUR.....343
AVONEX.....498
AVSOLA 25, 26, 319
AWANIS 219
AXTLE 72
Ayuna 201
AYVAKIT 87
azacitidine 74
AZASITE 516
azathioprine 30, 356
azelaic acid.....216, 246
azelastine.....506, 536
azelastine-fluticasone 536
AZELEX 216, 246
azithromycin 60, 61
AZSTARYS 173
Azurette (28).....199

B
B COMPLEX 100 259
bacitracin 515
bacitracin-polymyxin b.....514
baclofen.....360
BACTERIOSTATIC WATER-
OGIVRI 260
BAFIERTAM.....499
BAL-CARE DHA.....264
BAL-CARE DHA ESSENTIAL
.....264
BALCOLTRA.....201
BALFAXAR.....336
balsalazide 317
BALVERSA 80
Balziva (28) 201
BAQSIMI 276
BARACLUDE 58
BASADROX.....225
BASAGLAR KWIKPEN U-100
INSULIN 298
BAVENCIO 93
BAXDELA 57
BAXONIL 246
BAYER ASPIRIN 37, 349
BAYER LOW DOSE ASPIRIN
.....37, 349
B-COMPLEX INJECTION.....259
BD ALCOHOL SWABS 99
BD ALLERGIST TRAY REG
BEVEL 391, 429
BD ALLERGY SYRINGE ..391,
429
BD AUTOSHIELD DUO PEN
NEEDLE 386, 429
BD BLUNT PLASTIC
CANNULA 391, 429
BD BULK SYRINGE SLIP TIP
.....391, 429
BD ECCENTRIC TIP
SYRINGE 392, 429
BD ECLIPSE 392, 430
BD ECLIPSE LUER-LOK.....392,
429
BD FILTER NEEDLE 5-
MICRON NOKO 392, 430
BD FILTER NEEDLE-5
MICRON 392, 430
BD INSULIN SYRINGE
(HALF UNIT) 386, 430

BD INSULIN SYRINGE U-500 386, 430	BD SLIP TIP SYRINGE 395, 433	benzonatate 525
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 386, 430	B-D SLIP TIP SYRINGE 395	benzoyl peroxide 220
BD INTEGRA NEEDLE ...392, 430	B-D SLIP TIP SYRINGE 433	benzphetamine 540
BD INTEGRA SYRINGE ..392, 430	BD SPECIALTY USE NEEDLES 395, 434	benztropine 164
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN 392, 430	BD SYRINGE 396, 435	BEOVU 512, 518
BD INTERLINK SYRINGE 392, 431	BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE 395, 434	bepotastine besilate 506
BD INTRADERMAL BEVEL NEEDLES 393, 431	BD SYRINGE CATHETER TIP 395, 434	BERINERT 334
BD LUER-LOK BULK SYRINGE 393, 431	BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE 396, 434	BESIVANCE 515
BD LUER-LOK SYRINGE 393, 431, 432	BD SYRINGE LUER-LOK STERILE 396, 434	BESPONSA 72, 94
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING 394, 432	BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE 396, 434	BESREMI 81
BD MICROTAINER LANCET 375, 376, 432	BD SYRINGE-DUAL CANNULA 396, 435	betaine 492
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 386, 432	BD TUBERCULIN SLIP-TIP 396, 435	BETALOAN SUIK 291
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 394, 432	BD TUBERCULIN SYRINGE 397, 435	betamethasone dipropionate 236
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 273	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 386, 435	betamethasone valerate 236
BD PRECISIONGLIDE 394, 432	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 386, 435	betamethasone, augmented 236
BD PRECISIONGLIDE NON- STERILE 394, 432	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 386, 435	BETASERON 498
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 394, 432	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 387, 435	betaxolol 137, 511
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 394, 432	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 387, 435	bethanechol chloride 331
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 394, 432	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 387, 435	BETIMOL 511
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG ...394, 433	BD VEO INSULIN SYRINGE UF 387, 436	BETOPTIC S 511
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 394, 395, 433	BELEODAQ 81	bevacizumab 512, 518
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL 395, 433	belladonna alkaloids-opium 314	BEVESPI AEROSPHERE ..531
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN 395, 433	BELRAPZO 70	bexagliflozin 282
BD SHORT BEVEL NEEDLES 395, 433	BELSOMRA 191	bexarotene 90, 230
BD SHORT BEVEL THIN WALL 395, 433	benazepril 125	BEXSERO 116
	benazepril-hydrochlorothiazide 124	BEYAZ 201
	bendamustine 70	BEYFORTUS 102
	BENDEKA 70	bicalutamide 71
	BENEFIX 337	BIJUVA 288
	BENLYSTA 33, 34	BIKTARVY 53
	benzhydrocodone- acetaminophen 21	bimatoprost 517
	benznidazole 47	bimatoprost (pf) 517
		BIMZELX 223
		BIMZELX AUTOINJECTOR 223
		BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST 371, 436
		BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST 371, 436
		BIOGLO 510
		BIOLON 514
		BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS 363, 436
		bismuth subcit k-metronidz-tcn 314
		bisoprolol fumarate 137
		bisoprolol-hydrochlorothiazide 140
		bivalirudin 352
		BIVIGAM 105
		bleomycin 92

BLEPHAMIDE S.O.P......504
BLINCYTO.....96
Blisovi 24 Fe.....202
Blisovi Fe 1.5/30 (28).....202
Blisovi Fe 1/20 (28).....202
BLOOD GLUCOSE TEST.363,
 436
BLULINK BG SYSTEM
REFILL.....376, 436
BLULINK GLUCOSE TEST
STRIP.....363, 436
blunt needle, disposable 397,
 436
BOOSTRIX TDAP 112
bortezomib.....86, 87
bosentan.....147
BOSULIF.....87
BOTOX.....360
BPO.....220
BRAFTOVI.....76
BREATHERITE MDI
SPACER.....417, 436
BREATHERITE SPACER-
MASK, NEO.....417, 436
BREATHERITE SPACER-
MASK,ADULT.....417, 436
BREATHERITE SPACER-
MASK,CHILD 417, 436
BREATHERITE SPACER-
MASK,INFANT.....417, 437
BREATHERITE SPACER-
MASK,S.CHLD.....417, 437
BREATHERITE VALVED
MDI CHAMBER.....417, 437
BREATHERITE VALVED
MDI SPACER.....418, 437
BREEZE 2 TEST STRIPS.363,
 437
BRENZAVVY.....283
BREO ELLIPTA.....532
BREXAFEMME 45
Breyna.....532
BREZTRI AEROSPHERE .533
Briellyn.....202
BRILINTA.....348
brimonidine.....246, 517
brimonidine-dorzolamide 503
brimonidine-dorzolamide (pf)
503
brimonidine-timolol.....509

BRINEURA 488, 489
brinzolamide 510
BRIUMVI 498
BRIVIACT 156
BRIXADI 192
Bromfed Dm.....537
bromfenac 508
bromocriptine.....164
brompheniramine-pseudoeph-
dm 537
BRONCHITOL.....534
BRUKINSA.....77, 87
budesonide 317, 527
budesonide-formoterol 532
BULLSEYE MINI SAFETY
LANCETS 376, 437
bumetanide.....142
buprenorphine 23
buprenorphine hcl 23, 192
buprenorphine-naloxone.....192
bupropion hcl.....161
bupropion hcl (smoking deter)
193
buspirone.....149
busulfan 69
butalbital-acetaminop-caf-cod
21
butalbital-acetaminophen23, 24
butalbital-acetaminophen-caff
24
butalbital-aspirin-caffeine.....36
butorphanol.....23
BUTTERFLY TOUCH
LANCET 376, 437
BYDUREON BCISE 280
BYETTA.....281
BYLVAY.....353
BYOOVIZ 512, 518
C
CABENUVA 50
cabergoline.....303
CABLIVI.....332
CABOMETYX 84
cabotegravir 49
CABTREO 219
CADEAU DHA.....264
CADIRA COMPLIANT
BLOOD STAT.....424
caffeine citrate 183
calcipotriene.....231

calcipotriene-betamethasone
221, 222
calcitonin (salmon) 287
calcitriol 231, 274, 491
calcium acetate(phosphat bind)
326
CALQUENCE
(ACALABRUTINIB MAL)
77, 87
Camila 209
CAMPTOSAR.....91
CAMRESE 199
CAMRESE LO.....199
CAMZYOS 140
candesartan.....127
candesartan-
hydrochlorothiazid 126
cantharidin in acetone.....242
capecitabine 74
CAPEX.....236
CAPLYTA 168
CAPRELSA.....87
captopril 125
captopril-hydrochlorothiazide
124
CAPVAXIVE 115
CARBAGLU.....493
carbamazepine 153, 154, 178
CARBATROL 154, 178
carbidopa.....164
carbidopa-levodopa.....162
carbidopa-levodopa-entacapone
162
carbinoxamine maleate523, 524
carboplatin 86
CARDIOPLEGIA DEL NIDO
FORMULA.....519
CARDIOPLEGIA DEL NIDO-
ISOLYT S 519
CARDIOPLEGIA HIGH
POTASSIUM.....519
CARDIOPLEGIA IND 4
1 PLASMALYT.....519
1 RINGER.....519
CARDIOPLEGIA IND 8
1 NON-ENRCH 519
CARDIOPLEGIA
INDUCTION 4
1 520

CARDIOPLEGIA		CARESTART COVID-19 AG		CEREZYME	489
INDUCTION 8		HOME TST	371, 438	CERVIDIL	276
1 520		CARETOUCH ALCOHOL		CETACAINE	244
CARDIOPLEGIA MAIN 8		PREP PAD	99	CETACAINE ANESTHETIC	
1 NO-ENRCH	520	CARETOUCH HYPODERMIC		.....	244
CARDIOPLEGIA MAINT 4		NEEDLE	398, 438	cetirizine	525
1 PLASMA	520	CARETOUCH LUER LOCK		cetorelix	301
1 RINGER	520	SYRINGE	398, 438	cevimeline	497
CARDIOPLEGIA		CARETOUCH LUER LOCK		Charlotte 24 Fe	202
MAINTENANCE 4		SYR-NEEDLE	398, 438	Chateal Eq (28)	202
1 520		CARETOUCH LUER SLIP		CHEK-STIX CONTROL	254,
CARDIOPLEGIA		SYRINGE	398, 438, 439	424, 439	
MAINTENANCE 8		CARETOUCH SAFETY		CHEMET	41
1 521		LANCETS	376, 439	CHEMSTRIP 10 MD ..	254, 439
CARDIOPLEGIA		CARETOUCH TEST STRIP		CHEMSTRIP 10/SG	254, 439
REPERFUSATE 4		.....	363, 439	CHEMSTRIP 2 GP	254, 439
1 521		CARETOUCH TWIST		CHEMSTRIP 50B	254, 439
CARDIOPLEGIA WARM		LANCET	376, 439	CHEMSTRIP 7	254, 439
INDUCT 4		carglumic acid	493	CHEMSTRIP 9	254, 439
1 521		carisoprodol	360	CHENODAL	310
cardioplegic no.17(induct 4		carisoprodol-aspirin	360	CHILDREN'S ASPIRIN	37,
1) 521		carisoprodol-aspirin-codeine		349	
cardioplegic no.19 (maint 4		.....	361	chlordiazepoxide hcl	149, 176
1) 521		carmustine	70	chlordiazepoxide-clidinium	177,
cardioplegic soln	521	carteolol	511	314	
cardioplegic solution no.25	521	Cartia Xt	138	chlorhexidine gluconate	496
CARDURA XL	144	carvedilol	126	chloroquine phosphate	46
CAREONE ULTRA THIN		carvedilol phosphate	126	chlorpromazine	169
LANCET	376, 437	CAVERJECT	257	chlorthalidone	143
CAREPOINT LUER LOCK		CAVERJECT IMPULSE	257	chlorzoxazone	360
SYRINGE	397, 437	CAYA CONTOURED ..	372, 439	CHOICEDM CLARUS	363, 439
CAREPOINT LUER LOCK		CAYSTON	533	CHOLBAM	309
SYR-NEEDLE	397, 437	Caziant (28)	211	cholestyramine (with sugar)	130
CAREPOINT LUER SLIP		cefaclor	56	Cholestyramine Light	130
SYRINGE	397, 437	cefadroxil	55	choline,magnesium salicylate	36
CAREPOINT LUER SLIP		cefdinir	56	chorionic gonadotropin, human	
SYRING-NDL	397, 437	cefixime	56	.....	295
CAREPOINT PRECISION		cefpodoxime	56	CHOSEN LANCET	376, 439
LUER LOCK	397, 437	cefprozil	56	CHOSEN SAFETY LANCET	
CAREPOINT PRECISION		cefuroxime axetil	56	.....	376, 440
NEEDLE	397, 437	celecoxib	34	CIBINQO	224
CAREPOINT SAFETY LL		CEM-UREA	242	CICLODAN KIT	227
SYR-NEEDLE	397, 438	CENTANY AT	225	ciclopirox	227
CARESENS LANCETS	376,	cephalexin	55, 56	ciclopirox-ure-camph-menth-	
438		CEPROTIN (BLUE BAR) ..	350	euc	228
CARESENS N TEST STRIPS		CEPROTIN (GREEN BAR)	351	cilostazol	349
.....	363, 438	CEQUA	508	CILOXAN	515
CARESENS S TEST STRIP		CEQUR SIMPLICITY	421, 439	CIMDUO	51
.....	363, 438	CEQUR SIMPLICITY		CIMERLI	512, 518
		INSERTER	376, 439	cimetidine	311
		CERDELGA	492	cimetidine hcl	310

CIMZIA 25, 27, 319
CIMZIA POWDER FOR RECONST.....25, 26, 319
CIMZIA STARTER KIT 25, 26, 319
cinacalcet 287
CINQAIR.....527
CINRYZE.....334
CIPRO.....57
CIPRO HC.....521
ciprofloxacin.....57
ciprofloxacin hcl....57, 515, 522
ciprofloxacin-dexamethasone 521
ciprofloxacin-fluocinolone..522
cisplatin.....86
citalopram 159
CITRANATAL (DUAL-IRON) 264
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL) 264
CITRANATAL ASSURE 264
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) 264
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM) 264
citric-sod citrat-sod phos-dex 333
cladribine 73
Claravis 216
CLARINEX-D 12 HOUR....523
clarithromycin 61
CLEANSING WASH ..218, 246
CLEARSHIELD SODIUM CHLOR FLUSH 273
clemastine 523, 524
CLENPIQ 323
CLEOCIN.....538
CLEVER CHEK LANCETS 376, 440
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK 418, 440
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK 418, 440
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK..418, 440

CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP 363, 440
CLEVER CHOICE PRO....363, 440
CLEVER CHOICE TALK TEST 363, 440
CLEVER CHOICE TEST STRIPS.....363, 440
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST 363, 440
CLIMARA PRO.....288
clindamycin hcl.....60
clindamycin palmitate hcl 60
Clindamycin Pediatric 60
clindamycin phosphate 216, 217, 538
clindamycin-benzoyl peroxide 218
CLINDESSE 538
CLINITEST COVID-19 HOME TEST 371, 440
CLINPRO 5000 494
clobazam 150, 177
clobetasol.....236, 237, 506
clobetasol-emollient.....237
clocortolone pivalate.....237
CLODAN KIT.....241
clofarabine 73
Clomid 290
clomiphene citrate 290
clomipramine 162
clonazepam 149, 150, 177
clonidine.....141
clonidine hcl.....141, 172
clopidogrel.....350
clorazepate dipotassium.....149, 177
clotrimazole.....228, 496
clotrimazole-betamethasone 229
clozapine 168
COAGADEX.....340
COAGUCHEK LANCETS 376, 440
COARTEM 46
COBENFY.....148
COBENFY STARTER PACK 148
cocaine 535
codeine sulfate 16
codeine-bitalbitol-asa-caff....21

colchicine 331
colesevelam 130
colestipol.....130, 131
COLOR LANCETS.....376, 440
COLUMVI 67
COMBIPATCH 288
COMBISTIX REAGENT ...254, 440
COMBIVENT RESPIMAT 531
COMETRIQ.....84
COMFORT EZ LANCETS 376, 440
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC.....376, 440
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 376, 440
COMFORTSEAL LARGE MASK 418, 441
COMFORTSEAL MEDIUM MASK 418, 441
COMFORTSEAL SMALL MASK 418, 441
COMIRNATY 2024-25 (12Y UP)(PF) 117
COMPACT SPACE CHAMBER 418, 441
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK 418, 441
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK 418, 441
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK..418, 441
COMPLERA 54
COMPLETE NATAL DHA 264
COMPLETENATE.....264
Compro 308
CONJUPRI 139
Constulose.....320
CONTOUR NEXT TEST STRIPS.....363, 441
CONTOUR PLUS TEST STRIP 363, 441
CONTOUR TEST STRIPS 363, 441
CONTRAVE.....541
COPIKTRA 85
CORDRAN.....237

CORDRAN TAPE LARGE
ROLL.....237
CORDX COVID-19 AG HOME
TEST 371, 441
CORIFACT.....340
CORLANOR 144
CORTANE-B.....522
CORTIFOAM.....317
cortisone.....291
CORTISPORIN-TC 522
CORTROPHIN GEL.....276
COSENTYX.....223
COSENTYX (2 SYRINGES)
.....223
COSENTYX PEN 223
COSENTYX PEN (2 PENS)223
COSENTYX UNOREADY
PEN 223
COTELLIC 83
COTEMPLA XR-ODT 173
COVARYX 288
COVARYX H.S......288
COVID-19 AT-HOME TEST
.....371, 441
CRENESSITY 275
CREON 309
CRESEMBA 45
CREXONT 163
CRINONE.....290, 540
cromolyn 83, 513, 528
CRYODOSE TA MEDIUM
STREAM SPR.....244
CRYODOSE TA MIST SPRAY
.....244
Cryselle (28).....202
CRYSVITA 290
CUPRIMINE 32, 40
CURAE 213, 214
CURITY ALCOHOL SWABS
.....99
CUROSURF 535
CUSTODIOL HTK.....519
CUTAQUIG.....105
CUVITRU 105
CUVRIOR.....40
cyanocobalamin (vitamin b-12)
.....274
cyclobenzaprine 360
CYCLOMYDRIL 502
cyclopentolate 505

cyclophen-tropic-phenyleph-watr
.....502
cyclopent-tropic-phen-ketr-wat
.....502
cyclophosphamide.....30, 69
cyclop-trop-propa-phen-ket-wat
.....502
cycloserine.....54
CYCLOSET.....280
cyclosporine ...31, 353, 354, 508
CYCLOSPORINE IN
KLARITY 508
cyclosporine modified 30, 31,
353, 354
cyproheptadine.....524
CYRAMZA.....92
Cyred 202
Cyred Eq......202
CYSTADROPS 510
CYSTAGON.....324
CYSTARAN 510
CYSTO-CONRAY II.....253
CYSTOGRAFIN.....253
CYSTOGRAFIN-DILUTE..253
cytarabine.....74
cytarabine (pf).....74
CYTOGAM 105
D
dabigatran etexilate 351
dactinomycin.....92
DAFILOR 228
dalfampridine.....499
danazol 293
dantrolene 361
DANZITEN.....87
dapsone 46, 217
DAPTACEL (DTAP
PEDIATRIC) (PF).....112
darifenacin.....329
DARIO BLOOD GLUCOSE
TEST STRIP 363, 441
DARTISLA 313
darunavir.....63
DARZALEX.....78
DARZALEX FASPRO 78
dasatinib.....87
Dasetta 1/35 (28).....202
Dasetta 7/7/7 (28).....211
DATROWAY.....95
daunorubicin.....92
DAURISMO.....80

DAVOL IRRIGATION
SYRINGE 398, 441
DAVOL PISTON
IRRIGATION.....398, 441
DAXXIFY.....360
DAYBUE 196
Daysee 199
DAYVIGO 191
DAZAVEIDAOXIA 246
DAZOMON.....247
DEBACTEROL 496
Deblitane 209
decitabine 74
deferasirox 41
deferiprone 41
deferoxamine 41
deflazacort.....291
DELSTRIGO 54
demeclocycline 64
DEMEROL (PF).....16
DENTA 5000 PLUS.....494
DENTA 5000 PLUS
SENSITIVE 494
DENTAGEL.....494
DEOXIATAR 219
DEOXIAVAR.....219
DEPAKOTE.....151, 178
DEPAKOTE ER ..151, 178, 184
DEPAKOTE SPRINKLES .151,
178
DEPO-ESTRADIOL 289
DEPO-PROVERA 198
DEPO-SUBQ PROVERA 104
.....198
Dermacinrx Lidocan.....248
DERMACINRX LIDOGEL 248
DERMACINRX LIDOREX 248
DERMAZENE 229
DESCOVY.....51
desflurane.....38
desipramine.....162
desloratadine.....525
desmopressin 279
desog-e.estradiol/e.estradiol 199
desonide.....237
desoximetasone 237
desvenlafaxine 160
desvenlafaxine succinate 160
dexamethasone.....292
DEXAMETHASONE
INTENSOL 291

<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	506	<i>dihydroergotamine</i>	185	<i>dorzolamide (pf)</i>	510
DEXCOM G6 RECEIVER 377, 442		<i>Dilantin</i>	153	<i>dorzolamide-timolol</i>	509
DEXCOM G6 SENSOR 377, 442		<i>Dilantin Extended</i>	153	<i>dorzolamide-timolol (pf)</i>	509
DEXCOM G6 TRANSMITTER	377, 442	<i>Dilantin Infatabs</i>	153	<i>Dotti</i>	289
DEXCOM G7 RECEIVER 377, 442		DILANTIN-125	153	DOVATO	50
DEXCOM G7 SENSOR 377, 442		<i>DILAUDID (PF)</i>	17	DOVER BULB SYRINGE .398, 443	
<i>dexlansoprazole</i>	311	<i>diltiazem hcl</i>	138, 139	<i>doxazosin</i>	144
<i>dexmethylphenidate</i>	173	DILT-XR	139	<i>doxepin</i>	162, 191
DEXONTO	292	DILUENT FOR BICNU	259	<i>doxercalciferol</i>	491
DEXTENZA	506	<i>diluent for decitabine</i>	259	<i>doxorubicin</i>	92
<i>dextroamphetamine sulfate</i> 173, 182, 189, 190		DILUENT FOR ELIGARD 259		<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ...	92
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> ...174, 181, 182, 190		DILUENT FOR ISTODAX .259		<i>doxycycline hyclate</i>	64, 497
DIACOMIT	157	DILUENT FOR JEVANA 259		<i>doxycycline monohydrate</i>	65, 246
DIADIMAXIA	217	<i>diluent for melphalan</i>	259	<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6)</i>	307
DIAOXIA	217	DILUENT FOR NOVASEVEN RT	259	D-PENAMINE	33, 40
DIASAXIATAR	219	DILUENT FOR ROTARIX 260		DRITHOCREME HP	231
DIASDIMAXIA	217	DILUENT FOR VIVITROL	259	<i>dronabinol</i>	181, 307, 541
DIASOXIA	217	<i>diluent, carmustine (ethanol)</i>	260	DROPLET LANCETS .377, 443	
DIASTIX	423, 442	<i>diluent, romidepsin (prop gly)</i>	260	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	99
<i>diatrizoate meg-diatrizoat sod</i>	253	<i>diluent, voretigene neparvovec</i>	260	DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE ..398, 443	
DIATRUE PLUS TEST STRIP	364, 442	DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG	259	<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i>	202
<i>diazepam</i>	149, 150, 177	<i>dimethyl fumarate</i>	499	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	202
<i>Diazepam Intensol</i>	149, 177	DIOOXIA	231	DROXIA	351
<i>diazoxide</i>	276	DIPENTUM	317	<i>droxidopa</i>	141
<i>dichlorphenamide</i>	142, 356	<i>Diphen</i>	523, 524	DRYSOL	230
<i>diclofenac epolamine</i>	245	<i>diphenoxylate-atropine</i>	307	DRYSOL DAB-O-MATIC ...	230
<i>diclofenac potassium</i>	35	<i>dipyridamole</i>	350	DUAKLIR PRESSAIR	531
<i>diclofenac sodium</i> .35, 230, 245, 508		<i>disopyramide phosphate</i>	128	DUAVEE	287
<i>diclofenac-misoprostol</i>	34	<i>disulfiram</i>	192	DULERA	532
<i>dicloxacin</i>	62	DIURIL	143	<i>duloxetine</i>	160, 183
<i>dicyclomine</i>	313, 314	<i>divalproex</i>	151, 179, 184	DUOBRII	221
<i>diethylpropion</i>	540, 541	<i>docetaxel</i>	90	DUODOTE	40
DIFFERIN	221	<i>Dodex</i>	274	DUOPA	163
DIFICID	61	<i>dofetilide</i>	129	DUPIXENT PEN	224, 527
<i>diflunisal</i>	37	DOJOLVI	263	DUPIXENT SYRINGE 224, 527	
<i>difluprednate</i>	506	<i>Dolishale</i>	202	DUREX AIR CONDOM	389, 443
<i>Digitek</i>	141	<i>donepezil</i>	196	DUREX AVANTI BARE REAL FEEL	389, 443
<i>digoxin</i>	141	DOPTelet (10 TAB PACK)	352	DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM	389, 443
		DOPTelet (15 TAB PACK)	352	DUREX TROPICAL CONDOM	389, 443
		DOPTelet (30 TAB PACK)	352		
		<i>dorzolamide</i>	510		

DUROLANE 358
DURYSTA.....517
dutasteride.....327
dutasteride-tamsulosin 324
DUVYZAT 356
DUZALLO 332
DYANAVEL XR 174, 182
DYNOMA.....240
DYSPORT.....360
E
E.E.S. 400 61
EASIVENT HOLDING
 CHAMBER 418, 443
EASIVENT MASK LARGE
 418, 443
EASIVENT MASK MEDIUM
 418, 443
EASIVENT MASK SMALL
 418, 443
EASY COMFORT ALCOHOL
 PAD 99
EASY COMFORT LANCETS
 377, 443
EASY GLIDE CATHETER
 TIP SYRING 399, 443
EASY GLIDE DENTAL IRRIG
 SYRING 399, 443
EASY GLIDE LUER LOCK
 SYRINGE 399, 443, 444
EASY GLIDE LUER SLIP TB
 SYRING 399, 444
EASY PLUS II TEST ..364, 444
EASY STEP 364, 444
EASY TALK GLUCOSE TEST
 364, 444
EASY TALK PLUS II TEST
 STRIP.....364, 444
EASY TOUCH.....402, 447
EASY TOUCH ALCOHOL
 PREP PADS.....99
EASY TOUCH BLULINK
 TEST STRIP 364, 444
EASY TOUCH FLIPLOCK
 NEEDLE 399, 444
EASY TOUCH FLIPLOCK
 SYRINGE .399, 400, 444, 445
EASY TOUCH FLURINGE
 400, 445
EASY TOUCH FLURINGE
 FLIPLOCK 400, 445

EASY TOUCH FLURINGE
 FLU TRAY 400, 445
EASY TOUCH FLURINGE
 SHEATHLOCK 400, 445
EASY TOUCH
 HYPODERMIC NEEDLE
 401, 446
EASY TOUCH LANCETS .378,
 446
EASY TOUCH LUER LOCK
 SYRINGE 401, 446
EASY TOUCH SAFETY
 LANCETS 378, 446
EASY TOUCH
 SHEATHLOCK SYRG-NDL
 401, 402, 447
EASY TOUCH
 SHEATHLOCK SYRINGE
 402, 447
EASY TOUCH SYR ALLERGY
 TRAY 402, 447
EASY TOUCH TEST STRIP
 364, 447
EASY TOUCH TUBERCULIN
 FLIPLOCK 402, 448
EASY TOUCH TUBERCULIN
 SHEATHLK.....402, 448
EASY TOUCH TWIST
 LANCETS 378, 448
EASY TOUCH UNI-SLIP..403,
 448
EASY TRAK GLUCOSE TEST
 364, 448
EASY TRAK II TEST STRIP
 364, 448
EASY TWIST AND CAP
 LANCETS 378, 448
EASYGLUCO TEST ...364, 448
EASYMAX 364, 448
EASYMAX 15 TEST STRIPS
 364, 448
EASYPPOINT NEEDLE.....403,
 448
EBGLYSS PEN 224
EBGLYSS SYRINGE 224
ECLIPSE NEEDLE ...403, 449
ECLIPSE SYRINGE ...403, 449
EC-NAPROXEN.....35
econazole nitrate 228
ECONTRA EZ 213, 214

ECONTRA ONE-STEP.....213,
 215
ECOTRIN 37, 349
ECOZA.....228
edaravone 357
EDARBI.....127
EDARBYCLOR 126
EDEX 257
ED-SPAZ 312, 330
EDURANT.....50
EEMT.....288
EEMT HS 288
efavirenz 50
efavirenz-emtricitabin-tenofov
 54
efavirenz-lamivu-tenofov disop
 54
EFFER-K.....262
EGATEN 43
EGRIFTA SV.....293
ELAHERE 67, 72
ELAPRASE.....490
ELELYSO 489
ELEMENT COMPACT TEST
 STRIPS 364, 449
ELEMENT TEST STRIPS 364,
 449
ELESTRIN.....289
eletriptan 185
ELFABRIO.....489
ELIGARD 82
ELIGARD (3 MONTH) 82
ELIGARD (4 MONTH) 82
ELIGARD (6 MONTH) 82
Elinest.....202
ELIQUIS.....335
ELIQUIS DVT-PE TREAT
 30D START 335
Elixophyllin.....529
ELLA 214
ELLUME COVID-19 HOME
 TEST.....371, 449
ELMIRON 325
ELOCTATE 338
ELREXFIO 96
Eluryng.....213
ELYXYB.....185
ELZONRIS 94
EMBRACE BLOOD
 GLUCOSE SYSTEM 364,
 449

EMBRACE EVO TEST STRIPS	364, 449	entecavir	58	escitalopram oxalate	159
EMBRACE LANCETS	378, 449	ENTERO VU	252	esomeprazole magnesium	311
EMBRACE PRO TEST STRIPS	364, 449	ENTRESTO	127	ESPEROCT	338
EMBRACE SAFETY LANCET	378, 449	ENTRESTO SPRINKLE	127	Estartylla	203
EMBRACE TALK TEST STRIPS	364, 449	ENTYVIO	318	estazolam	177, 190
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP	365, 449	ENTYVIO PEN	318	estradiol	289, 539
EMEND	308	Enulose	309	estradiol valerate	290
EMFLAZA	292	ENVARBUS XR	354	estradiol-norethindrone acet	288
EMGALITY PEN	184	ENZNONUTY	244	ESTRATEST F.S.	288
EMGALITY SYRINGE	148, 184	EOHILIA	292	ESTRING	539
EMPAVELI	333, 350	EPCLUSA	59	estrogens-methyltestosterone	288
EMPLICITI	75	EPIDIOLEX	151	eszopiclone	191
EMROSI	65, 246	EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE	250	ethacrynic acid	142
EMSAM	158	EPIFOAM	241	ethambutol	55
emtricitabine	52	epinastine	506	ethosuximide	157
emtricitabine-tenofovir (tdf) ..	51	epinephrine	141, 526	ethyl chloride	244
EMTRIVA	52	epinephrine hcl	537	ethynodiol diac-eth estradiol	203
EMVERM	43	epirubicin	92	etodolac	36
Emzahh	209	Epitol	154, 179	etonogestrel-ethinyl estradiol	213
enalapril maleate	125	EPKINLY	67	etoposide	79
enalapril-hydrochlorothiazide	124	eplerenone	125, 142	etravirine	50
ENBREL	24, 27	EPOGEN	336	EUCRISA	225
ENBREL MINI	24, 27	epoprostenol	145	EUFLEXXA	358
ENBREL SURECLICK ..	24, 27	EPRONTIA	154	EUTHYROX	305
ENDARI	258, 263, 351	eprosartan	127	EVAMIST	290
ENDO AVITENE	343	eptifibatide	349	EVARREST	344
Endocet	22	EQUETRO	154, 179	EVENCARE G2	365, 449
ENDOMETRIN	290	ERBITUX	96	EVENCARE G3 TEST	365, 449
ENFIT THUMB CONTROL RING SYRIN	373, 449	ergocalciferol (vitamin d2) ..	274	EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR	365, 450
ENGERIX-B (PF)	104	ergoloid	197	EVENCARE PROVIEW TEST STRIP	365, 450
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	104	ERGOMAR	185	EVENCARE TEST	365, 450
ENHERTU	72, 95	ergotamine-caffeine	185	EVENITY	285
Enilloring	213	eribulin	83	everolimus (antineoplastic) ...	84
ENJAYMO	333, 335	ERIVEDGE	80	everolimus (immunosuppressive)	355
enoxaparin	347	ERLEADA	71	EVERSENSE 365 SENSOR	378, 450
Enpresse	211	erlotinib	68	EVERSENSE 365 TRANSMITTER	378, 450
Enskyce	202	ERMEZA	305	EVERSENSE E3 SENSOR-HOLDER	378, 450
ENSPRYNG	355	Errin	209	EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER	378, 450
ENSTILAR	222	ERWINASE	76	EVICEL	345
entacapone	163	Ery Pads	217		
ENTADFI	324	Ery-Tab	61		
		ERYTHROCIN (AS STEARATE)	61		
		erythromycin	61, 516		
		erythromycin ethylsuccinate ..	61		
		erythromycin with ethanol ..	217		
		erythromycin-benzoyl peroxide	218		
		ERZOFRI	166		

EVKEEZA	130	Feirza	203	FLEXICHAMBER-SM	
EVOLUTION TEST STRIPS		felbamate	151	ADULT MASK	419, 451
.....	365, 450	felodipine	139	FLEXICHAMBER-SM CHILD	
EVOMELA	69	FEM PH	539	MASK	419, 451
EVOTAZ	53, 63	FEMCAP	371, 451	FLOLIPID	132
EVRYSDI	361, 362	FEMLYV	203	FLOW-EZE VENTED	
EXCEL SYRINGE	403, 450	FEMRING	540	NEEDLE	404, 452
EXEL HYPODERMIC		fenofibrate	131	FLOWFLEX COVID-19 AG	
NEEDLES	403, 450	fenofibrate micronized	131	HOME TEST	371, 452
EXEL SYRINGE	403, 404, 450,	fenofibrate nanocrystallized	131	floruridine	74
451		fenofibric acid	131	FLUAD TRIV 2024-25(65Y	
EXELDERM	228	fenofibric acid (choline)	131	UP)(PF)	118
EXEM	254	FENSOLVI	301	FLUARIX TRIV 2024-2025	
exemestane	76	fentanyl	17	(PF)	119
EXODERM	227	fentanyl citrate	17	FLUBLOK TRIV 2024-2025	
EXONDYS-51	358	fentanyl citrate (pf)	17, 38	(PF)	119
EXSERVAN	357	fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl	17	FLUCELVAX TRIV 2024-2025	
EYLEA	512, 513, 518	ferric citrate	262, 326	.....	119
EYLEA HD	512, 518	FERRIPROX	41	FLUCELVAX TRIV 2024-2025	
EYSUVIS	506	FERVINA	227	(PF)	119
E-Z DISK	252	fesoterodine	330	fluconazole	45
E-Z JECT LANCETS	378, 451	FETZIMA	160	flucytosine	45
E-Z JECT THIN LANCETS		FIASP FLEXTOUCH U-100		fludarabine	73
.....	378, 451	INSULIN	299	fludrocortisone	302
EZ SMART LANCETS	378, 451	FIASP PENFILL U-100		FLULAVAL TRIV 2024-2025	
EZ SMART PLUS TEST	365,	INSULIN	299	(PF)	119
451		FIASP PUMPCART	299	FLUMIST TRIVALENT 2024-	
EZ SMART TEST	365, 451	FIASP U-100 INSULIN	299	2025	109, 119
EZALLOR SPRINKLE	132	FIBRYGA	343	flunisolide	536
ezetimibe	136	FIDILA	227	fluocinolone	237
ezetimibe-simvastatin	136	FILOMA	228	fluocinolone acetone oil	522
E-Z-HD BARIUM	252	FILSPARI	124	fluocinolone and shower cap	
E-Z-PAQUE	252	FILSUEZ	252	.....	237
E-Z-PASTE	252	filter needles	404, 451	fluocinonide	238
F		FINACEA	217, 247	Fluocinonide-E	238
FABHALTA	332, 333	finasteride	327	fluocinonide-emollient	238
FABRAZYME	489	finasteride-tadalafil	324	fluorescein-benoxinate	510, 512
Falmina (28)	203	FINGERSTIX LANCETS	378,	fluorescein-proparacaine	510
famciclovir	60	451		fluoride (sodium)	494, 495
famotidine	311	fingolimod	500	FLUORIDEX DAILY	
FANAPT	166	FINTEPLA	157	DEFENSE	495
FANTASY CONDOM	389, 451	Finzala	203	FLUORIDEX SENSITIVITY	
FARXIGA	283	Fioricet	24	RELIEF	495
FASENRA	528	FIRDAPSE	358	FLUORIMAX 5000	495
FASENRA PEN	528	FLAREX	506	FLUORIMAX 5000	
FASTEP COVID-19 AG		flavoxate	330	SENSITIVE	495
HOME TEST	371, 451	FLEBOGAMMA DIF	105	fluorometholone	506
FC2 FEMALE CONDOM	375,	flecainide	129	FLUOROPLEX	229
451		FLEXICHAMBER	419, 451	fluorouracil	229, 230
febuxostat	332	FLEXICHAMBER-LG CHILD		fluoxetine	159
FEIBA NF	334	MASK	419, 451	FLUOXIA	240

fluphenazine hcl 169
flurandrenolide 238
flurazepam 177, 190
flurbiprofen 35
flurbiprofen sodium 508
fluticasone propionate 238, 527, 536
fluticasone propion-salmeterol 532
fluvastatin 132, 133
fluvoxamine 159
FLUZONE HIGH-DOSE
TRIV 24-25 120
FLUZONE QUAD SOUTH
HEM2024(PF) 120
FLUZONE QUAD
SOUTHERN HEM 2024 120
FLUZONE TRIV 2024-2025 120
FLUZONE TRIV 2024-2025 (PF) 120
FML FORTE 506
FOLET ONE 263, 265
folic acid 274, 275
FOLLISTIM AQ 291
FOLOTYN 72
fondaparinux 347
FORA 6 CONNECT
GLUCOSE STRIP ... 365, 452
FORA 6CONN-GTEL-TN'G
ADV STRIP 365, 452
FORA D15G STRIPS.. 365, 452
FORA D20 365, 452
FORA D40-G31 TEST STRIPS 365, 452
FORA G20 365, 452
FORA G30-PREMIUM V10
TEST STRP 365, 452
FORA GD50 TEST STRIPS 365, 452
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP 366, 452
FORA TEST STRIP 366, 452
FORA TN'G ADVAN PRO
TEST STRIP 366, 452
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS 366, 452
FORA V10 366, 452
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS 366, 452

FORA V12 GLUCOSE 366, 452
FORA V20 366, 452
FORA V30A 366, 453
FORACARE GD20 366, 453
FORACARE GD40 TEST STRIPS 366, 453
FORACARE LANCETS 378, 453
formoterol fumarate 530
FOSAMAX PLUS D 286
fosamprenavir 63
fosfomycin tromethamine 44, 329
fosinopril 125
fosinopril-hydrochlorothiazide 124
FOSRENOL 326
FOTIVDA 87
FRAGMIN 347, 348
FRAICHE 5000 KIDS PLUS 495
FRAICHE 5000 PREVI 495
FREEFLEX PLUS
TRANSFER ADAPTER . 416, 453
FREESTYLE INSULINX .. 366, 453
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS 366, 453
FREESTYLE LANCETS ... 378, 453
FREESTYLE LIBRE 14 DAY
READER 379, 453
FREESTYLE LIBRE 14 DAY
SENSOR 379, 453
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS
SENSOR 379, 453
FREESTYLE LIBRE 2
READER 379, 454
FREESTYLE LIBRE 2
SENSOR 379, 454
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS
SENSOR 380, 454
FREESTYLE LIBRE 3
READER 380, 454
FREESTYLE LIBRE 3
SENSOR 380, 454
FREESTYLE LITE STRIPS 366, 454

FREESTYLE PRECISION
NEO STRIPS 366, 454
FREESTYLE TEST 366, 455
FREESTYLE UNISTIK 2 .. 380, 455
frovatriptan 186
FRUZAQLA 87
FULPHILA 341
fulvestrant 89
FUROSCIX 142
furosemide 142
FUZEON 48
FYARRO 84
Fyavolv 288
FYCOMPA 150
FYLNETRA 341
Fyremadel 302
G
gabapentin 152
GALAFOLD 493
galantamine 196
Gallifrey 303
GALZIN 40
GAMASTAN 105
GAMIFANT 355
GAMMAGARD LIQUID 105
GAMMAGARD S-D (IGA < 1
MCG/ML) 106
GAMMAKED 106
GAMMAPLEX 106
GAMMAPLEX (WITH
SORBITOL) 106
GAMUNEX-C 106
ganirelix 302
GARDASIL 9 (PF) 118
GASTROMARK 254
gatifloxacin 516
GATTEX 30-VIAL 323
GATTEX ONE-VIAL 323
GAVILYTE-C 321
Gavilyte-G 321
Gavilyte-N 321
GAVRETO 90
GAZYVA 78
GE100 BLOOD GLUCOSE
TEST STRIP 366, 455
GE333 BLOOD GLUCOSE
TEST STRIP 366, 455
gefitinib 68
GELFILM 514

GELFOAM 344
GELFOAM JMI POWDER 343
GELFOAM JMI SPONGE .344
GELFOAM SPONGE SIZE
 200 344
GEL-ONE 358
GELSYN-3 358
gemcitabine 74
gemfibrozil 131
Gemmily 203
GEMTESA 325
GENABIO COVID-19 RAPID
 AT-HOME 371, 455
GENADUR (WITH LEXINAL)
 250
Generlac 309
Gengraf 31, 354
GENOTROPIN 294
GENOTROPIN MINIQUEL
 294
gentamicin 225, 515
GENULTIMATE TEST STRIP
 367, 455
GENVISC 850 359
GENVOYA 53
GILENYA 500
GILOTRIF 68
GIMOTI 312
GLASSIA 535
glatiramer 499
Glatopa 499
GLEOLAN 257
GLEOSTINE 70
GLIADEL WAFER 70
glimepiride 283
glipizide 283
glipizide-metformin 283
GLOPERBA 331
GLOSTRIPS 510
GLUCAGON (HCL)
 EMERGENCY KIT 276
Glucagon Emergency Kit
 (Human) 276, 277
GLUCO NAVII TEST STRIP
 367, 455
GLUCOCARD 01 SENSOR
 PLUS 367, 455
GLUCOCARD EXPRESSION
 367, 455
GLUCOCARD SHINE TEST
 STRIPS 367, 455

GLUCOCARD VITAL
 SENSOR 367, 455
GLUCOCARD VITAL TEST
 STRIPS 367, 455
GLUCOCOM GLUCOSE ..367,
 455
GLUCOCOM LANCETS ...380,
 455
glutamine (sickle cell) .258, 263,
 351
glyburide 283
glyburide micronized 283
glyburide-metformin 283
glycine urologic solution 324
glycopyrrolate 313, 497
glycopyrrolate (pf) 313
Glydo 248
GLYRX-PF 313
GLYXAMBI 282
GM100 367, 455
GOJJI BLOOD GLUCOSE
 TEST STRIP 367, 455
GOJJI LANCETS 380, 455
GOMEKLI 83
GONAL-F 291
GONAL-F RFF 291
GONAL-F RFF REDI-JECT
 291
GOODLIFE AC-302 TEST
 STRIP 367, 455
GOTOKNOW COVID-19 AG
 HOME TEST 371, 456
GRAFIX CORE 250
GRAFIX PRIME 250
GRAFIX XC 250
granisetron hcl 308
GRANIX 341
GRASTEK 101
GREEN GLO 510
griseofulvin microsize 46
griseofulvin ultramicrosize 46
guanfacine 141, 172
GUARDIAN 4 GLUCOSE
 SENSOR 380, 456
GUARDIAN 4
 TRANSMITTER 380, 456
GUARDIAN CONNECT
 TRANSMITTER 380, 456
GUARDIAN LINK 3
 TRANSMITTER 380, 456

GUARDIAN SENSOR 3 380,
 456
GVOKE 277
GVOKE HYPOPEN 1-PACK
 277
GVOKE HYPOPEN 2-PACK
 277
GVOKE PFS 1-PACK
 SYRINGE 277
GVOKE PFS 2-PACK
 SYRINGE 277
GYNAZOLE-1 539
H
HAEGARDA 334
Hailey 203
Hailey 24 Fe 203
Hailey Fe 1.5/30 (28) 203
Hailey Fe 1/20 (28) 203
HALAVEN 84
halcinonide 238
HALO CLOSED VIAL
 ADAPTOR 416, 456
halobetasol propionate 238
Haloette 213
HALOG 238
haloperidol 168
haloperidol lactate 168
HARMONY GLUCOSE TEST
 STRIP 367, 456
HARVONI 59
HAVRIX (PF) 103
HAXDRAX 228
HEALON ENDOCOAT 514
HEALON GV PRO 514
HEALON PRO 514
HEALON5 PRO 514
HEALTHPRO TEST STRIPS
 367, 456
HEALTHY ACCENTS
 UNILET LANCET ...380, 456
Heather 210
HEMA-COMBISTIX ..254, 456
HEMANGEOL 138
HEMLIBRA 342
HEMOFIL M HIGH 339
HEMOFIL M LOW 339
HEMOFIL M MID 339
HEMOFIL M SUPER HIGH
 339
HEP FLUSH-10 (PF) .345, 346
HEPAGAM B 107

heparin (porcine) 346
heparin (porcine) in 0.9% nacl
345, 346
heparin (porcine) in 5 % dex
346
heparin lock flush (porcine)
345, 346
HEPARIN
LOCKFLUSH(PORCINE)(P
F) 345, 346
heparin, porcine (pf)....345, 346
HEPLISAV-B (PF) 104
HER STYLE 214, 215
HERCEPTIN.....96
HERCEPTIN HYLECTA 96
HERCESSI 96
HERZUMA 96
HETLIOZ LQ.....184
HEXIOUNYL 227
HIBERIX (PF) 114
HICON.....89
HIXDEFRIMA 228
HIZENTRA 106
HOMATROPAIRE.....505
HOVYN.....233
huber safety needles (disp.) 404,
 456
HUMALOG KWIKPEN
INSULIN.....299
HUMALOG MIX 50-50
INSULN U-100 297
HUMALOG MIX 50-50
KWIKPEN.....297
HUMALOG MIX 75-25(U-
100)INSULN 297
HUMALOG U-100 INSULIN
299
HUMATE-P.....339
HUMATROPE.....294
HUMIRA 25, 27, 319
HUMIRA PEN 25, 27, 319
HUMIRA(CF) 25, 27, 319
HUMIRA(CF) PEN 25, 27, 319
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-
UC-HS 25, 27, 319
HUMIRA(CF) PEN PSOR-
UV-ADOL HS 25, 27, 319
HUMULIN 70/30 U-100
INSULIN.....295

HUMULIN 70/30 U-100
KWIKPEN.....295
HUMULIN N NPH INSULIN
KWIKPEN.....296
HUMULIN N NPH U-100
INSULIN.....296
HUMULIN R REGULAR U-
100 INSULN 296
HUMULIN R U-500 (CONC)
INSULIN.....296
HUMULIN R U-500 (CONC)
KWIKPEN.....296
HYALGAN 359
HYCAMTIN.....91
hydralazine.....142
HYDRO 35 242
hydrochlorothiazide 143
hydrocodone bitartrate 17
hydrocodone-acetaminophen
21, 22
hydrocodone-chlorpheniramine
537
hydrocodone-homatropine ..537
hydrocodone-ibuprofen ...21, 22
*hydrocortisone*38, 239, 292, 318
hydrocortisone acetate.....38
hydrocortisone butyrate.....238,
 239
hydrocortisone sod succinate
292
hydrocortisone valerate 239
hydrocortisone-acetic acid...522
hydrocortisone-iodoquinol ..229
hydrocortisone-iodoquinol-aloe
226
hydrocortisone-pramoxine ...39,
 239, 241
Hydromet.....538
hydromorphone.....17
hydromorphone (pf).....17
hydromorphone (pf)-0.9 % nacl
17
hydroquinone.....233
hydroxocobalamin 274
hydroxychloroquine.....28, 46
hydroxyurea 75
hydroxyzine hcl.....148
hydroxyzine pamoate 148
HYFTOR.....245
HYMOVIS.....359

HYMPAVZI PEN 343
hyoscyamine sulfate....312, 313,
 330
HYOSYNE 313, 330
HYPERHEP B.....107
HYPERHEP B NEONATAL
108
HYPERRHO S/D.....108
HYPER-SAL 195
HYPOCYN ANTIPRURITIC
100, 251
HYPODERMIC NEEDLES
404, 456
HYQVIA.....107
HYQVIA HY COMPONENT
306
HYQVIA IG COMPONENT
107
HYSINGLA ER.....18
I
ibandronate 286
IBRANCE 79
IBSRELA 315
Ibu 35
ibuprofen.....35
icatibant.....138
Iclevia 203
ICLUSIG.....84
IDARAN.....247
idarubicin 92
IDELVION.....337
IDHIFA.....85
IDOSE TR.....517
IDYYXIATAR 220
IFE-BIMIX 30/1.....257
ifosfamide.....69
IGALMI 191
IHEALTH COVID-19 AG
HOME TEST 372, 456
IHEALTH GLUCOSE TEST
STRIP.....367, 456
IHEEZO (PF) 512
ILARIS (PF) 24
ILET INFUSION KIT-INSET
23 424, 456
ILET INFUSION KIT-INSET
32 424, 457
ILET INFUSION-CONTACT
DTCH 23 425, 457

ILET INSULIN PUMP 423, 457	INJECT EASE LANCETS 381, 457	INVOKANA 283
ILET STARTER KIT	INJECTAFER 262	INZDEAXIAVAR 219
CONTACT 421, 457	INLYTA 88	INZIRQO 143
ILET STARTER KIT-INSET	INPEFA 275	IODOFLEX 100
.....421, 457	INPEN (FOR HUMALOG)	IODOSORB 100
ILEVRO 509	BLUE 387, 457	IOPIDINE 517
ILUMYA 222	INPEN (FOR HUMALOG)	IPOL 121
ILUVIEN 507	GREY 387, 457	ipratropium bromide 530, 535
imatinib 87	INPEN (FOR HUMALOG)	ipratropium-albuterol 531
IMBRUVICA 77, 87, 88	PINK 387, 457	IQIRVO 352
IMCIVREE 542	INPEN (NOVOLOG OR	irbesartan 127
IMDELLTRA 67	FIASP) BLUE 387, 458	irbesartan-hydrochlorothiazide
IMFINZI 93	INPEN (NOVOLOG OR	126
imipenem-cilastatin 55	FIASP) GREY 388, 458	irinotecan 91
imipramine hcl 162	INPEN (NOVOLOG OR	IRRIGATION SYRINGE ...404, 459
imipramine pamoate 162	FIASP) PINK 388, 458	ISENTRESS 49
imiquimod 241	INQOVI 95	ISENTRESS HD 49
IMJUDO 79	INREBIC 81	Isibloom 203
IMPAVIDO 47	INSPIRACHAMBER ..419, 458	isoflurane 38
IMVEXXY MAINTENANCE	INSPIRACHAMBER WITH	isoniazid 55
PACK 302	MASK-LARGE 419, 458	isosorbide dinitrate 128
IMVEXXY STARTER PACK	INSPIRACHAMBER WITH	isosorbide mononitrate 128
.....302	MASK-MED 419, 458	isosorbide-hydralazine 148
INBRIJA 164	INSPIRACHAMBER WITH	isotretinoin 216
Incassia 210	MASK-SMALL 419, 458	isradipine 139
INCONTROL ALCOHOL	insulin asp prt-insulin aspart	ISTODAX 81
PADS 99	297	ISTURISA 276
INCONTROL SUPER THIN	insulin aspart u-100 299	ITOVEBI 85
LANCETS 381, 457	insulin lispro 299, 300	itraconazole 45
INCONTROL ULTRA THIN	insulin lispro protamin-lispro	IV PREP WIPES 99
LANCETS 381, 457	297	ivabradine 144
INCRELEX 300	insulin u-500 syringe-needle	ivermectin 44, 247
INCRUSE ELLIPTA 529	388, 458	IWILFIN 66
indapamide 143	INTEGRA PRECISIONGLIDE	IXEMPRA 79
INDICAID COVID-19 AG	NEEDLE 404, 458	IXINITY 337
HOME TEST 372, 457	INTEGRA SYRINGE ..404, 458	IYUZEH (PF) 517
indium-111 chloride 257	INTELENCE 50	IZERVAY (PF) 501, 513
indomethacin 36	INTELISWAB COVID-19	J
INFANRIX (DTAP) (PF) ...112	HOME TEST 372, 458	Jaimiess 199
INFASURF 535	INTERLINK SYRINGE AND	JAKAFI 81
INFINITY TEST STRIPS .367, 457	CANNULA 404, 458	Jantoven 334
INFLECTRA 25, 27, 319	INTRAROSA 302	JANUMET 284
infliximab 26, 27, 319	INVACARE LANCETS 381, 458	JANUMET XR 284
INFUGEM 75	INVEGA HAFYERA 166	JANUVIA 280
INGREZZA 187, 188	INVEGA SUSTENNA 166	JARDIANCE 283
INGREZZA INITIATION	INVEGA TRINZA 166, 167	Jasmiel (28) 204
PK(TARDIV) 187, 188	INVELTYS 507	JATENZO 278
INGREZZA SPRINKLE 187, 188	INVOKAMET 281	Javygtor 494
	INVOKAMET XR 282	JAYPIRCA 77, 88
		JEMPERLI 93

Jencycla 210
JENTADUETO 284
JENTADUETO XR 284
JESDUVROQ 332
JEVTANA 90
Jinteli 288
JIVI 339
JOENJA 492
JOLESSA 204
JORNAY PM 174
JOURNAVX 16
Joyeaux 204
Juleber 204
JULIE 214, 215
JULUCA 50
Junel 1.5/30 (21) 204
Junel 1/20 (21) 204
Junel Fe 1.5/30 (28) 204
Junel Fe 1/20 (28) 204
Junel Fe 24 204
JUST RIGHT 5000 495
JUXTAPID 137
JYLAMVO 28, 72
JYNARQUE 327
K
KADCYLA 72, 95
Kaitlib Fe 204
KALBITOR 145
Kalliga 204
KALYDECO 534
KANJINTI 97
KANUMA 490
KAPSPARGO SPRINKLE ..137
KARBINAL ER 524
Kariva (28) 200
KATARAXAP 233
KATARVIA 233
KCENTRA 336
Kelnor 1/35 (28) 204
Kelnor 1/50 (28) 204
KEMOPLAT 86
KEPIVANCE 320
KERASTAT 235
KERENDIA 125
KERIDA 242
KESIMPTA PEN 498
ketoconazole 45, 228
KETODAN KIT 228
KETO-DIASTIX 424, 459
KETONE CARE 424, 459

KETONE URINE TEST 424, 459
ketoprofen 35
ketorolac 34, 509
KETOSTIX 424, 459
KEVARAXAP 233
KEVARTIA 233
KEVEYIS 356
KEVZARA 32
KEYTRUDA 93
KHAPZORY 97, 98
KIMMTRAK 97
KIMONO LUBRICATED
CONDOMS 389, 459
KIMONO MICROTHIN
AQUA LUBE CON ..389, 459
KIMONO MICROTHIN
CONDOMS 389, 459
KIMONO MICROTHIN
LARGE CONDOMS 389, 459
KIMONO TEXTURED
CONDOMS 389, 459
KIMONO THIN
LUBRICATED CONDOMS
.....389, 459
KINERET 31
KINRIX (PF) 112
Kionex (With Sorbitol) 260
Kiprofen 36
KISQALI 79
kit for tc 99m-sod thiosulfate
.....256
KLARITY (CHONDROITIN)
(PF) 501
Klayesta 226
KLISYRI (250 MG) 230
KLISYRI (350 MG) 230
Klor-Con M10 262
Klor-Con M15 262
Klor-Con M20 262
KLOXXADO 42
KOATE 339
KOGENATE FS 339
KORLYM 281
KORSUVA 16, 18
KOSELUGO 83
KOTARAXAP 234
KOVALTRY 339
KOVANAZE 496
K-PHOS NO 2 328

K-PHOS ORIGINAL 328
KPN 265
KRAZATI 82
KRINTAFEL 47
KRYSTEXXA 331
Kurvelo (28) 204
KUTAR 234
KUTARVIA 234
KYLEENA 198
KYPROLIS 87
KYZATREX 278
L
l norgest/e.estradiol-e.estradiol
.....200, 210
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) 248
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) 248
labetalol 126
LABSTIX REAGENT..255, 459
lacosamide 152
lactated ringers 261
lactulose 309, 320
LAGEVRIO (EUA) 64
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) 155
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) 155
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) 155
lamivudine 52, 58
lamivudine-zidovudine 54
lamotrigine 155, 156, 179
LAMPIT 47
LAMZEDE 488
lancets 381, 459
LANCETS, SUPER THIN .381, 459
LANCETS, THIN 381, 459
LANCETS, ULTRA THIN ..381, 459
LANOXIN 141, 142
lanreotide 303
lansoprazole 311
lanthanum 326
lapatinib 68
Larin 1.5/30 (21) 204
Larin 1/20 (21) 205
Larin 24 Fe 205
Larin Fe 1.5/30 (28) 205

Larin Fe 1/20 (28)	205	lidocaine-hydrocortisone-aloe	39	LOMAIRA	541
latanoprost	517	lidocaine-prilocaine	244	LONSURF	75
LAYOLIS FE	205	lidocaine-racepinep-tetracaine	249	loperamide	306
LAZCLUZE	68	Lidocan Iii	249	lopinavir-ritonavir	53
LEENA 28	211	Lidocan Iv	249	LOQTORZI	93
leflunomide	33	Lidocan V	249	lorazepam	149, 177
LEMTRADA	498	LIDOPIN	249	Lorazepam Intensol	149, 177
lenalidomide	91	LIDTOPIC	249	LORBRENA	71
LENVIMA	88	LIDTOPIC MAX	249	Loryna (28)	206
LEQEMBI	196	LIFESHIELD BLUNT CANNULA	404, 459, 460	losartan	127
Lessina	205	LIKMEZ	47	losartan-hydrochlorothiazide	127
letrozole	76	LILETTA	199	LOTEMAX	507
leucovorin calcium	97, 98	linezolid	62	LOTEMAX SM	507
LEUKERAN	70	LINZESS	309, 315	loteprednol etabonate	507
LEUKINE	342	liothyronine	305	LOTREXONE	16
leuprolide	82	LIQREV	147	lovastatin	134
leuprolide (3 month)	82	LIQUID E-Z PAQUE	252	Low-Ogestrel (28)	206
levabuterol hcl	530	LIQUID POLIBAR PLUS ..	253	loxapine succinate	168
levabuterol tartrate	530	liraglutide	281	Lo-Zumandimine (28)	206
levamlodipine	140	lisdexamfetamine	174	lubiprostone	315, 320
LEVEMIR FLEXPEN	298	lisinopril	125	LUCENTIS	513, 518
LEVEMIR U-100 INSULIN	298	lisinopril-hydrochlorothiazide	124	LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST	372, 460
levetiracetam	156, 157	LITE TOUCH-MEDIUM MASK	419, 460	LUER LOCK SYRINGE	405, 460
levobunolol	511	LITEAIRE MDI CHAMBER	419, 460	LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY	405, 460
levocarnitine	258, 491	LITETOUCH-LARGE MASK	419, 460	LUER-LOK TIP	405, 460
levocarnitine (with sugar) ...	491	LITETOUCH-SMALL MASK	419, 460	LUGOLS	100
levocetirizine	525	LITFULO	216	luliconazole	228
levofloxacin	57, 516	lithium carbonate	181	LUMAKRAS	82
levoleucovorin calcium	98	lithium citrate	181	LUMIGAN	517
Levonest (28)	211	LITHOSTAT	327	LUMIZYME	490
levonorgest-eth.estradiol-iron	205	LIVALO	133	LUMRYZ	188
levonorgestrel	214, 215	LIVDELZI	353	LUMRYZ STARTER PACK 188	
levonorgestrel-ethinyl estrad	205	LIVMARLI	353	LUNSUMIO	67
levonorg-eth estrad triphasic	211	LIVTENCITY	56	LUPKYNIS	354
Levora-28	205	L-MESITRAN SOFT	252	LUPRON DEPOT	82, 301
levorphanol tartrate	18	LO LOESTRIN FE	200	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	82, 301
levothyroxine	305	Loestrin 1.5/30 (21)	205	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	82
LEVULAN	245	Loestrin 1/20 (21)	205	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	82
LIBERVANT	150, 177	Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day) ..	206	LUPRON DEPOT-PED	301
LIBTAYO	93	Loestrin Fe 1/20 (28-Day) ...	206	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	301
LICART	245	lofexidine	191	lurasidone	165
LIDO BDK	424	Lojaimiess	200	LUTATHERA	85, 89
lidocaine	248, 249	LOKELMA	260	Lutera (28)	206
lidocaine hcl	38, 248, 497				
lidocaine hcl-hydrocortison ac	39, 241				
Lidocaine Viscous	497				

LYBALVI	170, 172, 180	MAVYRET	58	metformin	300
Lyleq	210	MAXIDEX	507	methacholine chloride	256
Lyllana	290	MAYZENT	500	methadone	18
LYNPARZA	86	MAYZENT STARTER(FOR		Methadone Intensol	18
LYSODREN	71	1MG MAINT)	500	Methadose	18
LYTGOBI	80	MAYZENT STARTER(FOR		methamphetamine	174, 182
LYUMJEV KWIKPEN U-100		2MG MAINT)	500	methazolamide	142
INSULIN	300	MB HYDROGEL	235	methenamine hippurate	61, 328
LYUMJEV KWIKPEN U-200		Md-Gastroview	253	methenamine mandelate	61, 328
INSULIN	300	meclizine	307	methen-sod phos-meth blue-	
LYUMJEV U-100 INSULIN		meclofenamate	34	hyos	62, 329
.....	300	mecobalamin (vitamin b12)	274	methimazole	285
Lyza	210	MEDISENSE THIN		METHITEST	278
M		LANCETS	381, 461	methocarbamol	360, 361
MAD NASAL ATOMIZER-		MEDLANCE PLUS LANCETS		methotrexate sodium	28, 73
SYRG-ADAPTR	405, 460	.....	381, 461	methotrexate sodium (pf)	28, 73
mafenide acetate	232	MEDLANCE PLUS SPECIAL		methoxsalen	230
MAGELLAN SAFETY		BLADE	381, 461	methscopolamine	313
NEEDLE	405, 460	MEDROL	292	methsuximide	157
MAGELLAN SAFETY		MEDROLOAN II SUIK	292	methyl dopa	141
SYRINGE	405, 460	MEDROLOAN SUIK	292	methyl dopa-	
MAGELLAN SYRINGE	405, 460	medroxyprogesterone ..	198, 303	hydrochlorothiazide	141
MAGELLAN TUBERCULIN		mefenamic acid	34	methylergonovine	302
SAFETY SYR	405, 460	mefloquine	47	methylphenidate	175
malathion	251	megestrol	86, 542	methylphenidate hcl	174, 175, 189
maraviroc	48	MEKINIST	83	methylprednisolone	292
MARGENZA	97	MEKTOVI	83	methyltestosterone	278
Marlissa (28)	206	meloxicam	35	metoclopramide hcl	312
MARPLAN	158	melphalan hcl	70	metolazone	144
MARVONA SUIK (PF)	38	memantine	197	METOPIRONE	256
MATULANE	69	memantine-donepezil	197	metoprolol succinate	137
Matzim La	139	MENEST	290	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	
MAVENCLAD (10 TABLET		MENOPUR	291	.....	140
PACK)	500	MENOSTAR	290	metoprolol tartrate	137
MAVENCLAD (4 TABLET		MENQUADFI (PF)	114	metronidazole	47, 247, 539
PACK)	500	MENTAX	227	metryrosine	145
MAVENCLAD (5 TABLET		MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		mexiletine	129
PACK)	500	(PF)	115	Mibelas 24 Fe	206
MAVENCLAD (6 TABLET		meperidine	18	miconazole nitrate-zinc ox-pet	
PACK)	500	meperidine (pf)	18	.....	228
MAVENCLAD (7 TABLET		meprobamate	149	MICONAZOLE-3	539
PACK)	500	MEPSEVII	490	MICRO BLOOD GLUCOSE	
MAVENCLAD (8 TABLET		mercaptopurine	74	.....	367, 461
PACK)	500	Merzee	206	MICRO THIN LANCETS ..	381, 461
MAVENCLAD (9 TABLET		mesalamine	317	MICROCHAMBER	419, 461
PACK)	500	mesalamine with cleansing		MICRODOT BLOOD	
MAVILO	234	wipe	317	GLUCOSE SYSTEM	367, 461
MAVILO HP	234	mesna	98		
MAVILO LP	234	Metadate Er	174		
		metaxalone	360		

MICRODOT LANCET381, 461
MICRODOT XTRA BLOOD
GLUCOSE 368, 461
Microgestin 1.5/30 (21) 206
Microgestin 1/20 (21) 206
Microgestin Fe 1.5/30 (28)..206
Microgestin Fe 1/20 (28).....206
MICROLET LANCET 381, 461
microplegic solution no.1 519
microplegic solution no.1-cp2d
.....519
MICROSPACER 419, 461
midazolam.....38, 177, 190
midazolam (pf) 38, 177
midodrine 141
MIEBO (PF).....501
MIFEPREX.....276
mifepristone 276, 281
miglitol 279
miglustat.....492
Mili 206
Mimvey.....288
MINI PRENATAL 265
MINIMED 630G INSULIN
PUMP 423, 461
MINIMED 780G INSULIN
PUMP.....423, 461
minocycline 33, 65
minoxidil 142
Minzoya.....207
MIPLYFFA 491
MIRENA 199
MIRO3D 250
MIRODERM FENESTRATED
.....251
MIRODERM FENESTRATED
PLUS 250
MIROTRACT 251
mirtazapine 158
misoprostol.....312
mitomycin.....92, 93
mitomycin (pf) in water 506
MITOSOL 506
mitoxantrone.....92
MKO (MIDAZOLAM-
KETAMINE-ONDAN) 37
M-M-R II (PF)....109, 120, 121,
122, 123
M-NATAL PLUS 265
MOBILE LANCETS...381, 461
modafinil.....189

MODERNA COVID 24-25(6M-
11Y)PF 117
moexipril 125
MOKURA.....234
MOKURA LP 234
MOKURA MOD 234
MOKURA PLUS.....234
MOLEXI 234
molindone 169
mometasone 239, 536
Mondoxyme NI 65
MONJUVI.....78
MONOJECT 140CC PISTON
SYRINGE 405, 461
MONOJECT 35CC SYRINGE
CATH TIP 405, 461
MONOJECT 3CC SYR 25GX1
.....405, 461
MONOJECT ALLERGY TRAY
.....405, 406, 462
MONOJECT ALLERGY TRAY
DETACH.....405, 461
MONOJECT BLOOD
COLLECTION.....362, 462
MONOJECT CONTROL
SYRINGE LUER 406, 462
MONOJECT DISPOSABLE
SYRINGE 406, 462
MONOJECT ECCENTRIC
NON-STERILE.....406, 462
MONOJECT ENFIT
STERILE SYRINGE373, 462
MONOJECT ENFIT
SYRINGE 374, 462, 463
MONOJECT ENFIT
SYRINGE CAP 374, 462
MONOJECT FILTER
ASPIRATOR 406, 463
MONOJECT FILTER
NEEDLE 406, 463
MONOJECT HYPODERMIC
NEEDLES 406, 463
MONOJECT HYPODERMIC
POLYPROPYL.....407, 464
MONOJECT LUER-LOCK
TIP.....407, 464
MONOJECT MAGELLAN
SYRINGE 407, 464
MONOJECT MEDICATION
TRANSF NDL 407, 464

MONOJECT PHARMACY
TRAY LUER....407, 408, 464,
465
MONOJECT PHARMACY
TRAY REG TIP.....408, 465
MONOJECT REG TIP NON-
STERILE.....408, 465
MONOJECT REGULAR
LUER.....408, 465
MONOJECT SAFETY LUER
LOCK TIP 408, 465
MONOJECT SAFETY
SYRINGES.....408, 409, 465,
466
MONOJECT SMARTIP
CANNULA 409, 466
MONOJECT SYRINGE.....409,
410, 466, 467
MONOJECT SYRINGE
ECCENTRI LUER..409, 466
MONOJECT SYRINGE LUER
LOK 409, 466
MONOJECT SYRINGE
REGULAR LUER....409, 466
MONOJECT SYRINGE
TOOMEY TYPE.....410, 467
MONOJECT TB.....410, 467
MONOJECT TB LUER LOK
.....410, 467
MONOJECT TB REGULAR
LUER TIP 410, 467
MONOJECT TB SAFETY
SYRINGE 410, 467
MONOJECT TUBERCULIN
SYRINGE .410, 411, 467, 468
MONOLET LANCETS381, 468
MONOLET THIN LANCETS
.....381, 468
Mono-Linyah 207
MONOVISC.....359
MONSEL'S 344
montelukast.....528
morphine 19
morphine (pf) 18
morphine concentrate.....18
morphine in 0.9 % sodium
chlor.....18
MOTPOLY XR.....152
MOUNJARO.....280
MOVANTIK.....41
MOXATAG 43

<i>moxifloxacin</i>	57, 516	<i>NAGLAZYME</i>	490	<i>Neo-Polycin</i>	515
<i>MRESVIA (PF)</i>	101	<i>nalbuphine</i>	23	<i>Neo-Polycin Hc</i>	504
<i>MULPLETA</i>	352	<i>naloxone</i>	42	<i>NEORAL</i>	31, 354
<i>MULTAQ</i>	130	<i>NALTREX</i>	16	<i>NEO-SYNALAR</i>	226
<i>MULTI-DRAW NEEDLE</i> ..	362, 468	<i>naltrexone</i>	192	<i>NEO-SYNALAR KIT</i>	226
<i>MULTISTIX</i>	255, 468	<i>NAMENDA XR</i>	197	<i>NEO-VITAL RX</i>	266
<i>MULTISTIX 10 SG</i>	255, 468	<i>NAMZARIC</i>	197	<i>NERLYNX</i>	68
<i>MULTISTIX 5</i>	255, 468	<i>NANO 2ND GEN PEN</i>		<i>Neuac</i>	218
<i>MULTISTIX 7</i>	255, 468	<i>NEEDLE</i>	388, 468	<i>NEULASTA</i>	341
<i>MULTISTIX 8 SG</i>	255, 468	<i>NANO PEN NEEDLE</i>	388, 468	<i>NEULASTA ONPRO</i>	341
<i>MULTISTIX 9</i>	255, 468	<i>naproxen</i>	36	<i>NEULUMEX</i>	253
<i>MULTISTIX 9 SG</i>	255, 468	<i>naproxen sodium</i>	36	<i>NEUPOGEN</i>	341
<i>mupirocin</i>	225	<i>naratriptan</i>	186	<i>NEUPRO</i>	165
<i>mupirocin calcium</i>	225	<i>NATACYN</i>	516	<i>NEURAPTINE</i>	245
<i>MUSCUSOLICE</i>	245	<i>NATAVI PNV</i>	265	<i>NEUTEK 2TEK TEST STRIPS</i>	
<i>Mutamycin</i>	93	<i>NATAVI PRIMA</i>	273	.....	368, 469
<i>MVASI</i>	67	<i>NATAZIA</i>	210	<i>NEVANAC</i>	509
<i>MY CHOICE</i>	214, 215	<i>nateglinide</i>	281	<i>nevirapine</i>	50
<i>MY WAY</i>	214, 215	<i>NATESTO</i>	278	<i>NEW DAY</i>	214, 215
<i>MYALEPT</i>	300	<i>NAYZILAM</i>	150, 177	<i>NEXA PLUS</i>	266
<i>MYCAPSSA</i>	303	<i>nebivolol</i>	137	<i>NEXAVIR</i>	244
<i>mycophenolate mofetil</i> ..	31, 355	<i>NEBUSAL</i>	195	<i>NEXIUM PACKET</i>	311
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	31, 354	<i>Necon 0.5/35 (28)</i>	207	<i>NEXLETOL</i>	130
<i>mycophenolate sodium</i>	355	<i>needle (disp) 16 g</i>	411, 468	<i>NEXLIZET</i>	136
<i>MYDCOMBI</i>	502	<i>needle (disp) 18 g</i>	411, 468	<i>NEXOBRID</i>	232
<i>MYDRIATIC4(TROP-PROP-</i>		<i>needle (disp) 19 g</i>	411, 468	<i>NEXOBRID POWDER</i>	
<i>PE-KTRLC)</i>	513	<i>needle (disp) 23 gauge</i>	411, 468	<i>COMPONENT</i>	232
<i>MYFEMBREE</i>	301	<i>needles, huber disposable</i> ...	411, 469	<i>NEXPLANON</i>	198
<i>MYGLUCOHEALTH</i> ..	368, 468	<i>nefazodone</i>	160	<i>NEXTSTELLIS</i>	207
<i>MYGLUCOHEALTH</i>		<i>NEFFY</i>	141	<i>NEXVIAZYME</i>	490
<i>LANCETS</i>	381, 468	<i>nelarabine</i>	74	<i>NGENLA</i>	294
<i>MYHIBBIN</i>	355	<i>NEMLUVIO</i>	215	<i>niacin</i>	135
<i>MYLERAN</i>	69	<i>NENDRUX</i>	242	<i>Niacor</i>	135
<i>MYLOTARG</i>	72, 94	<i>NEOMED ENFIT SYRINGE</i>		<i>nicardipine</i>	140
<i>MYNATAL</i>	265	.....	374, 469	<i>nicotine</i>	193, 194
<i>MYNATAL ADVANCE</i>	265	<i>neomycin</i>	42	<i>nicotine (polacrilex)</i>	193
<i>MYNATAL PLUS</i>	265	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>		<i>NICOTROL NS</i>	194
<i>MYNATAL-Z</i>	265	.....	504	<i>nifedipine</i>	140
<i>MYNATE 90 PLUS</i>	265	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>		<i>Nikki (28)</i>	207
<i>MYOBLOC</i>	360	.....	514	<i>NIKTIMVO</i>	353
<i>MYRBETRIQ</i>	325	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> ...	324	<i>nilutamide</i>	71
<i>MYTESI</i>	306	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>nimodipine</i>	139
<i>MYXREDLIN</i>	297	<i>dexameth</i>	504	<i>NINLARO</i>	87
N		<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>NIPENT</i>	74
<i>NABI-HB</i>	108	<i>gramicidin</i>	515	<i>nisoldipine</i>	140
<i>nabumetone</i>	34	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	504, 522	<i>nitazoxanide</i>	47
<i>nadolol</i>	138	<i>NEONATAL PLUS VITAMIN</i>		<i>nitisinone</i>	492
<i>naftifine</i>	226	.....	266	<i>Nitro-Bid</i>	128
				<i>NITRO-DUR</i>	128
				<i>nitrofurantoin</i>	44, 328

nitrofurantoin macrocrystal 44, 328	NOVAREL 295	OBAGI NU-DERM CLEAR 233
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 44, 328	NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA) 117	OBAGI NU-DERM SUNFADER 234
nitroglycerin 38, 128	NOVOEIGHT 339	OBAGI-C CLARIFYING SERUM 234
NITRO-TIME 128	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 295	OBAGI-C THERAPY NIGHT 235
NITYR 492	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 296	OBIZUR 340
NIVESTYM 341	NOVOLIN N FLEXPEN 296	OBSTETRIX DHA 266
nizatidine 311	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 296	OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO 266
NOBELA 244	NOVOLIN R FLEXPEN 297	OBSTETRIX EC 266
NOCDURNA (MEN) 279	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 297	OBSTETRIX ONE 263, 266
NOCDURNA (WOMEN) 279	NOVOSEVEN RT 337	OCALIVA 353
NOKOR NEEDLE 411, 469	NOXAFIL 45	OCELLA 207
NOLIRA 249	NP THYROID 304	OCREVUS 498
NORA-BE 210	NPLATE 352	OCREVUS ZUNOVO 498
NORDITROPIN FLEXPRO 294	NUBEQA 71	OCTAGAM 107
norelgestromin-ethin.estradiol 212	NUCALA 528	octreotide acetate 304, 323
noreth-ethinyl estradiol-iron 207	NUCORT 240	octreotide,microspheres 304, 323
norethindrone (contraceptive) 210	NUCYNTA 19	ODACTRA 101
norethindrone acetate 303	NUCYNTA ER 19	ODEFSEY 54
norethindrone ac-eth estradiol 207, 289	NUEDEXTA 190	ODOMZO 80
norethindrone-e.estradiol-iron 207, 211	NUJO 233	OFEV 88, 538
norgestimate-ethinyl estradiol 207, 211	NULIBRY 490	ofloxacin 57, 516, 522
NORMAL SALINE FLUSH 273	NULOJIX 356	OGIVRI 97
NORM-JECT 411, 469	NUMBONEX 249	OGSIVEO 66
NORM-JECT TUBERKULIN 411, 469	NUMBRINO 535	OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST 372, 470
NORMLGEL AG 225	NUMOISYN 16, 496	OHTUVAYRE 523
NORPACE CR 129	NUPLAZID 170, 171	OJEMDA 77
Nortrel 0.5/35 (28) 207	NURTEC ODT 185	OJJAARA 66
NORTREL 1/35 (21) 207	NUTROPIN AQ NUSPIN ...294	olanzapine 170, 180
Nortrel 1/35 (28) 207	NUVARING 213	olanzapine-fluoxetine .161, 170, 180
Nortrel 7/7/7 (28) 211	NUVESSA 539	olmesartan 127
nortriptyline 162	NUWIQ 340	olmesartan-amlodipin-hcthiacid 126
NORVIR 63	NUZYRA 42, 65	olmesartan-hydrochlorothiazide 127
NO-STICK GLUCOSE 423, 469	Nyamyc 226	olopatadine 506, 536
NOURIANZ 163	Nylia 1/35 (28) 207	OLPRUVA 493
NOVA MAX GLUCOSE TEST 368, 469	Nylia 7/7/7 (28) 211	OLUMIANT 32, 216
NOVA SAFETY LANCETS 381, 469	NYMALIZE 139	OMECLAMOX-PAK 314
NOVA SUREFLEX LANCETS 381, 469	NYNUTEY 249	omega-3 acid ethyl esters 135
	NYPOZI 341	omeprazole 311
	nystatin 44, 226, 227, 496	omeprazole-sodium bicarbonate 312
	nystatin-triamcinolone 229	OMEZA 252
	Nystop 227	OMNARIS 536
	NYVEPRIA 341	
	O	
	OBAGI ELASTIDERM 233	
	OBAGI NU-DERM BLENDER 233	

OMNIFLEX DIAPHRAGM 372, 470	ONE-A-DAY PRENATAL ..273	OPVEE 42
OMNIPAQUE 254	ONE-A-DAY PRENATAL-1 266	OPZELURA 224
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) 421, 470	ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 382, 472	ORACIT 328
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 421, 470	ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET ..382, 472	ORALAIR 101
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 422, 470	ONETOUCH ULTRA TEST 368, 472	Oralone 496
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) 422, 470	ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 382, 472	ORAMAGICRX 497
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 422, 470	ONETOUCH VERIO TEST STRIPS 368, 472	ORAQIX 496
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 422, 470	ONGENTYS 163	ORAVIG 45
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) 388, 470	ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST 372, 472	ORENCIA 30
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 422, 470	ONIVYDE 91	ORENCIA (WITH MALTOSE) 29
OMNIPOD GO PODS.423, 471	ONPATTRO 278	ORENCIA CLICKJECT 29
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY 422, 471	ON-THE-GO LANCETS ...382, 472	ORENITRAM 146
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY 422, 471	ONTRUZANT 97	ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT 145
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY 422, 471	ONUREG 75	ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT 146
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY 422, 471	ONYDA XR 172	ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT 146
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY 423, 471	ONZDEAXIADEMTAR 219	ORFADIN 492
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY 423, 471	ONZDEAXIADEMVAR 220	ORGOVYX 83
OMNITROPE 294	ONZDEAXIAZAR 220	ORIAHNN 301
OMVOH 316	OPCICON ONE-STEP 214, 215	ORILISSA 302
OMVOH PEN 316	OPDIVO 94	ORKAMBI 534
ON CALL EXPRESS TEST STRIP 368, 471	OPDIVO QVANTIG 94	ORLADEYO 145
ON CALL LANCET 381, 471	OPDUALAG 75	orlistat 541
ON CALL PLUS LANCET 381, 471	OPFOLDA 491	Ormalvi 356
ON CALL PLUS TEST STRIP 368, 471	OPILL 210	orphenadrine citrate 361
ON CALL VIVID TEST STRIP 368, 471	OPIPZA 172, 180	orphenadrine-asa-caffeine ..360
ONAPGO 165	opium tincture 306, 307	ORSERDU 89
ONCASPAR 76	OPSUMIT 147	ORTHO MICRONOR 210
ondansetron 308	OPSYNVI 124	ORTHO TRI-CYCLEN (28) 211
ondansetron hcl 308	OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE 419, 472	ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 211
ONE DAILY PRENATAL ...266	OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK 420, 472	ORTHOVISC 359
	OPTICHAMBER DIAMOND VHC 420, 472	OSCIMIN 313, 330
	OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK 420, 472	OSCIMIN SL 313, 330
	OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK 420, 472	oseltamivir 60
	OPTION-2 214, 215	OSPHERA 302
	OPTIUM EZ 368, 472	OTEZLA 33, 231
	OPTIUM TEST 368, 472	OTEZLA STARTER 33, 231
	OPTUMRX 368, 472	OTREXUP (PF) 28
		OVACE PLUS 232
		OVACE PLUS SHAMPOO ..232
		OVIDREL 295
		oxaliplatin 86
		oxaprozin 36
		oxazepam 149, 177
		oxcarbazepine 154
		OXERVATE 511

PLATINUM TEST STRIP .368, 473
PLEGRIDY 498, 499
PLENITY 540
PLENITY (WELCOME KIT) 540
PLENVU 322
plerixafor 335
PLUVICTO 85, 89
PNEUMOVAX-23 115
pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa 267
PNV-DHA + DOCUSATE ..267
PNV-SELECT 267
POCKET CHAMBER .420, 473
PODOCON 243
podofilox 243
POLIBAR ACB 253
POLIVY 72, 94
POLY HUB NEEDLE .411, 473
Polycin 515
polymyxin b sulf-trimethoprim 515
POMALYST 91
POMBILITI 490
PONVORY 500
PONVORY 14-DAY STARTER PACK.....500
Portia 28.....208
PORTRAZZA.....96
posaconazole.....45
potassium chloride.....262
potassium citrate.....328
potassium iodide 261
POTELIGEO 77
povidone-iodine 516
PR BENZOYL PEROXIDE 220
PR CREAM 245
PR NATAL 400.....267
PR NATAL 400 EC 267
PR NATAL 430.....267
PR NATAL 430 EC 267
PRADAXA 351
PRAKETAMIDE 249
pralatrexate 73
pralidoxime 40
PRALUENT PEN..... 135, 136
pramipexole 165
PRAMOSONE 241
prasugrel hcl.....350

pravastatin.....134
praziquantel 44
prazosin 145
PRECISION PCX PLUS TEST 368, 473
PRECISION PCX TEST 368, 473
PRECISION POINT OF CARE TEST 368, 473
PRECISION Q-I-D TEST..369, 474
PRECISION XTRA TEST .369, 474
PRED MILD 507
PRED-G S.O.P......504
prednicarbate 239
prednisoln sp-moxiflox-bromfen 505
prednisolone.....292
prednisolone acetate 507
prednisolone acetate (pf) 507
prednisolone acetate-bromfenac.....510
prednisolone acetate-nepafenac 511
prednisolone sod ph-bromf (pf) 511
prednisolone sod ph-bromfenac 511
prednisolone sod ph-moxiflox 504
prednisolone sodium phosphate 292, 293, 507
prednisolone-moxiflo-nepafenac 505
prednisolone-moxifloxacin hcl 504
prednisolone-moxiflox-bromfen 505
prednisolon-moxiflox-bromf(pf) 505
prednisone.....293
PREDNISONONE INTENSOL293
pregabalin 152, 183
PREGNYL.....295
PREHEVBRIO (PF) 104
PREMARIN.....290, 540
PREMIER TEST STRIP....369, 474
PREMIUM V10 369, 474

PREMPHASE.....289
PREMPRO 289
PRENAISSANCE 267
PRENAISSANCE PLUS 267
PRENATA.....267
PRENATABS FA 267
PRENATABS RX 267
PRENATAL 269, 273
PRENATAL + DHA 268
PRENATAL 19 268
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE).....268
PRENATAL COMPLETE ..268
PRENATAL ESSENTIALS 268
PRENATAL FORMULA 268
PRENATAL FORMULA-DHA 268
PRENATAL GUMMIES.....273
PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) 263
PRENATAL MULTI 268
PRENATAL MULTI-DHA (ALGAL OIL).....269
PRENATAL MULTI-DHA(WITH VIT K) 269
PRENATAL MULTIVITAMINS 269
PRENATAL ONE DAILY...269
PRENATAL PLUS 269
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) 269
PRENATAL PLUS DHA.....269
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL 269
PRENATAL TABLET 270
prenatal vit no.179-iron-folic 270
PRENATAL VITAMIN.....270
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON.....270
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS.....270
prenatal vit-iron fum-folic ac 270
PRENATAL WITH DHA-FOLIC ACID 270
PREPIDIL 276
PRESERA 235
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 382, 474

<i>pretomanid</i>	55	PROLASTIN-C	535	QELBREE	176
<i>Prevalite</i>	131	PROLEUKIN	81	QINLOCK	88
PREVNAR 20 (PF)	115	PROLIA	303	QLOSI	503
PREVYMIS	57	PROMACTA	352	QNASL	536
PREZCOBIX	53, 63	<i>promethazine</i>	308, 524, 525	QSYMIA	540
PREZISTA	63	<i>promethazine-codeine</i>	537	QTERN	282
PRIALT	16	<i>promethazine-dm</i>	537	QUADRACEL (PF)	113
PRIFTIN	55, 64	<i>promethazine-phenylephrine</i>	523	<i>quazepam</i>	178, 190
PRILOSEC	312	<i>Promethegan</i>	308, 524, 525	<i>quetiapine</i>	170, 180
<i>primaquine</i>	47	PRONAL	242	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	372, 475
PRIMEAIRE	420, 474	<i>propafenone</i>	129	QUIDROXZAR	242
<i>primidone</i>	150	<i>proparacaine</i>	512	QUILLICHEW ER	175
PRIMSOL	44	<i>propranolol</i>	138	QUILLIVANT XR	175, 176
PRIORIX (PF)	109, 121, 122, 123	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	144	<i>quinapril</i>	125
PRIVIGEN	107	<i>propylthiouracil</i>	285	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	125
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	99	PROQUAD (PF) .	109, 121, 122, 123	<i>quinidine gluconate</i>	129
PRO COMFORT LANCET	382, 474	<i>protriptyline</i>	162	<i>quinidine sulfate</i>	129
PRO COMFORT SAFETY LANCET	382, 474	PROVIDA OB	270	<i>quinine sulfate</i>	47
PRO DNA COLLECTION ..	497	PROVISC	514	QUINTET AC	369, 475
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP	369, 474	PROVOCHOLINE	256	QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS	369, 475
<i>probenecid</i>	331	<i>prucalopride</i>	312	QUIT 2	194
<i>probenecid-colchicine</i>	331	PTS PANELS EGLU TEST STRIP	369, 474	QUIT 4	194
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	420, 474	PULMICORT FLEXHALER	527	QULIPTA	185
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	420, 474	PULMOZYME	535	QUTENZA	250
PROCHAMBER	420, 474	PURAZIL	231	QUVIVIQ	191
<i>prochlorperazine</i>	308	PURE COMFORT ALCOHOL PADS	99	QVAR REDIHALER	527
<i>prochlorperazine maleate</i> ...	169, 308	PURE COMFORT LANCETS	382, 474	R	
PROCORT	39	PURE COMFORT SAFETY LANCETS	382, 475	<i>rabeprazole</i>	312
PROCRT	336	PURIXAN	74	RADICAVA	357
PROCTOFOAM HC	39	PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	382, 475	RADICAVA ORS	357
<i>Procto-Med Hc</i>	38, 239	<i>pyrazinamide</i>	55	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	357
<i>Proctosol Hc</i>	39, 239	<i>pyridostigmine bromide</i>	357, 358	RADIOGARDASE	40
<i>Proctozone-Hc</i>	39, 239	<i>pyridoxine (vitamin b6)</i>	274	RAGWITEK	102
PROCYSBI	324	<i>pyrimethamine</i>	47	RALDESY	160
PRODIGY LANCETS .	382, 474	PYRUKYND	351	<i>raloxifene</i>	303
PRODIGY NO CODING	369, 474	PYTEST	254	<i>ramipril</i>	125
PRODIGY TWIST TOP LANCET	382, 474	PYTEST KIT	254	<i>ranolazine</i>	128
PROFILNINE	337	Q		RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST	372, 475
<i>progesterone</i>	303	QALSODY	356	<i>rasagiline</i>	164
<i>progesterone micronized</i>	303	QBRELIS	125	RASUVO (PF)	29
PROGRAF	354	QBREXZA	226	RAVICTI	493
				RAYALDEE	491
				READI-CAT 2	253
				REBIF (WITH ALBUMIN)	499
				REBIF REBIDOSE	499
				REBIF TITRATION PACK	499

REBINYN	337	REVEAL TEST STRIP	369, 475	ROCKLATAN	514
REBLOZYL	342, 352	REVUFORJ	66	roflumilast	529
REBYOTA	306	REXULTI	172	ROLVEDON	341
RECEDO	245	REYATAZ	63	romidepsin	81
Reclipsen (28)	208	REYVOW	186	ROMVIMZA	88
RECOMBINATE	340	REZDIFFRA	352	ropinirole	165
RECOMBIVAX HB (PF)	104	REZLIDHIA	84	Rosadan	247
RECORLEV	276	REZUROCK	33	ROSULA	218
RECOTHROM	344	RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	108	rosuvastatin	134
RECOTHROM SPRAY KIT	344	RHOPHYLAC	108	ROTARIX	109, 122
REFUAH PLUS	369, 475	RHOPRESSA	517	ROTATEQ VACCINE	110, 122
REGENECARE	249	RIABNI	30, 78	ROVIS	247
REGIOCIT (EUA)	333	RIASTAP	343	ROXYBOND	20
REGRANEX	252	ribavirin	59, 64	ROZLYTREK	88
RELAGARD	539	RIDAURA	30	RUBRACA	86
RELENZA DISKHALER	60	rifabutin	55, 64	RUCONEST	334
RELEUKO	341	rifampin	55, 64	rufinamide	157
RELIAMED LANCET	382, 475	RIGHTEST GL300 LANCETS	382, 475	RUKOBIA	48
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	382, 475	RIGHTEST GS550 TEST STRIPS	369, 475	RUXIENCE	30, 78
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET	382, 475	RIGHTEST GS700 TEST STRIP	369, 475	RYBELSUS	281
RELION CONFIRM-MICRO	369, 475	RIGHTEST GT333 TEST STRIP	369, 476	RYBREVANT	68
RELION PRIME TEST STRIPS	369, 475	RIGHTEST MAX TEST STRIP	370, 476	RYDAPT	88
RELION ULTIMA	369, 475	rilpivirine	51	RYLAZE	76
RELISTOR	41	riluzole	357	RYPLAZIM	348
REMODULIN	146	rimantadine	60	RYSTIGGO	357
REMYDA	247	ringer's	261	RYTARY	163
RENACIDIN	325	RINVOQ	32, 224, 318	RYTELO	67
RENFLEXIS	26, 27, 319	RINVOQ LQ	32	RYZUMVI	501
RENOVAR	100, 251	risedronate	286	S	
repaglinide	281	risperidone	167, 180, 181	SABRIL	152
REPATHA PUSHTRONEX	135, 136	risperidone microspheres	167	SAFESNAP SYRINGE	411, 412, 476
REPATHA SURECLICK	135, 136	RITEFLO AEROCHAMBER	420, 476	SAFETY LANCETS	383, 477
REPATHA SYRINGE	136	ritonavir	63	safety needles	412, 477
RESPA-AR	523	RITUXAN	30, 78	SAFETY SEAL LANCETS	383, 477
RESTASIS	508	RITUXAN HYCELA	78	SAFETY-LET LANCETS	383, 477
RESTASIS MULTIDOSE	508	rivaroxaban	335	SAFYRAL	208
RESTIMO	247	rivastigmine	197	SAIZEN SAIZENPREP	294
RETACRIT	336	rivastigmine tartrate	196	Sajazir	138
RETEVMO	90	RIVELSA	210	salicylic acid	243
RETIN-A MICRO PUMP	221	RIVFLOZA	326	SALIMEZ FORTE	243
RETISERT	507	RIXUBIS	337	salsalate	37
RETROVIR	52	rizatriptan	186	SALVAX	243
REVCovi	491			SALVAX DUO PLUS	242
				SANCUSO	308
				SANDIMMUNE	31, 354
				SANDOSTATIN LAR DEPOT	304, 324

SANTYL	235	SILVASORB	252	sodium iodide-131	256
SAPHNELO	355	silver nitrate	225	sodium oxybate	188
sapropterin	494	silver nitrate applicators	242	sodium phenylbutyrate	493
SARCLISA	78	silver sulfadiazine	232	sodium polystyrene sulfonate	261
SAVAYSA	335	SIMBRINZA	503	sodium,potassium,mag sulfates	322
SAVELLA	160, 183	SIMILAC PRENATAL	271	SOFDRA	226
saxagliptin	280	SIMLANDI(CF)	26, 28, 320	SOGROYA	295
saxagliptin-metformin	284	SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	26, 28, 320	SOHONOS	356
SAXENDA	541	Simliya (28)	200	SOLESTA	425
SCALACORT DK	239	Simpesse	200	solifenacin	329
SCSEMBLIX	88	SIMPONI	26, 28, 320	SOLQUA 100/33	285
SCLEROSOL INTRAPLEURAL	538	SIMPONI ARIA	26, 28	SOLIRIS	333, 350
scopolamine base	307	SIMULECT	355	SOLOSEC	48
SECUADO	165	simvastatin	135	SOLTAMOX	89
SEGLUROMET	282	SINGLE-LET	383, 477	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	293
SELARSDI	222	sirolimus	355	SOLUS V2 LANCETS	383, 477
selegiline hcl	164	SIRTURO	55	SOLUS V2 TEST STRIPS	370, 477
selenium sulfide	232	SIRVANA	220	SOMATULINE DEPOT	304
SELZENTRY	48	sitagliptin	280	SOMAVERT	293
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN)	298	SITZMARKS	255	sorafenib	84
SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN	298	SITZMARKS FOR KIDS	255	sorbitol	325
SE-NATAL 19	270	SIVEXTRO	62	sorbitol-mannitol	325
SE-NATAL 19 CHEWABLE	270	SKYCLARYS	356	SORILUX	231
SEREVENT DISKUS	530	SKYLA	199	sotalol	129, 138
SERNIVO	239	SKYRIZI	222, 316	Sotalol Af	129, 138
SEROQUEL XR	170	SKYTROFA	295	SOTYKTU	223
SEROSTIM	294	SLYND	210	SOTYLIZE	129, 138
sertraline	159	SMART SENSE LANCETS	383, 477	SOVALDI	59
Setlakin	208	SMART SENSE TEST STRIPS	370, 477	SOVUNA	28, 47
sevelamer carbonate	326	SMARTEST LANCET	383, 477	SPACE CHAMBER	420, 477
sevelamer hcl	326	SMARTEST TEST	370, 477	SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK	420, 477
SEVENFACT	337	sodium chlor 0.9% bacteriostat	260, 273	SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK	420, 477
sevoflurane	38	sodium chloride ..	195, 245, 260, 261	SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK	421, 477
SF	495	sodium chloride 0.45 %	273	SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST	372, 477
SF 5000 PLUS	495	sodium chloride 0.9 %	260, 273	SPEVIGO	222, 223
Sharobel	210	sodium chloride 0.9 % (flush)	273	SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF)	118
SHINGRIX (PF)	123	sodium citrate	333	spinosad	251
SIGNIFOR	304	sodium citrate in 0.9 % nacl	333	SPINRAZA (PF)	361
SIGNIFOR LAR	304	sodium citrate-citric acid	328	SPIRIVA RESPIMAT	529
SIKLOS	351	SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH	495	SPIRIVA WITH HANDIHALER	529
sildenafil	258	SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS	495	spironolactone	125, 142
sildenafil (pulm.hypertension)	147	sodium fluoride-pot nitrate	495		
SILICONE MASK - INFANT	420, 477	sodium iodide-123	256		
SILIQ	223				
silodosin	327				

<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	<i>SYNALAR OINTMENT KIT</i>
.....143	<i>sulfadiazine</i> 64	241
<i>SPRAVATO</i> 159	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	<i>SYNALAR TS</i> 241
<i>SPRAY AND STRETCH</i> 244	44	<i>SYNAREL</i> 301
<i>Sprintec (28)</i> 208	<i>SULFAMYLON</i> 232, 233	<i>SYNDROS</i> 181, 307, 541
<i>Sps (With Sorbitol)</i> 261	<i>sulfasalazine</i> 33, 317	<i>SYNJARDY</i> 282
<i>SPS (WITH SORBITOL)</i> 261	<i>SULFATRIM</i> 44	<i>SYNJARDY XR</i> 282
<i>Sronyx</i> 208	<i>sulindac</i> 34	<i>SYNOJOYNT</i> 359
<i>SSD</i> 232	<i>sumatriptan</i> 186	<i>SYNVISC</i> 359
<i>SSKI</i> 261	<i>sumatriptan succinate</i> 186	<i>SYNVISC-ONE</i> 359
<i>ST JOSEPH ASPIRIN</i> ..37, 350	<i>sunitinib malate</i> 88	<i>syringe (disposable)</i> 413, 479
<i>ST. JOSEPH ASPIRIN</i> ..37, 350	<i>SUNLENCA</i> 42	<i>SYRINGE 3CC/20GX1</i> 413, 479
<i>stavudine</i> 52	<i>SUNOSI</i> 188	<i>SYRINGE 3CC/21GX1</i> 413, 479
<i>STEGLATRO</i> 283	<i>SUPARTZ FX</i> 359	<i>SYRINGE 3CC/21GX1-1/2</i> 413, 479
<i>STEGLUJAN</i> 282	<i>SUPER THIN LANCETS</i> ..383, 478	<i>SYRINGE 3CC/22GX1</i> 413, 479
<i>STELARA</i> 222, 316	<i>SUPPRELIN LA</i> 301	<i>SYRINGE 3CC/22GX3/4</i> 413, 479
<i>STERILANCE TL</i> 383, 478	<i>SUPRAX</i> 56	<i>SYRINGE 3CC/25GX1</i> 414, 479
<i>STERILE HYDROGEL FOR</i>	<i>SURE COMFORT ALCOHOL</i>	<i>SYRINGE AVITENE</i> 344
<i>JELMYTO</i> 260	<i>PREP PADS</i> 99	<i>syringe with needle</i> 414, 480
<i>sterile talc</i> 538	<i>SURE COMFORT LANCETS</i>	<i>syringe with needle, safety</i> ..414, 480
<i>STERITALC</i> 538	383, 478	<i>SYRINGE WITHOUT</i>
<i>STIMUFEND</i> 342	<i>SURE-LANCE</i> 383, 478	<i>NEEDLE</i> 414, 480
<i>STIOLTO RESPIMAT</i> 531	<i>SURE-LANCE ULTRA THIN</i>	<i>syringe, enfit, non-sterile</i> 374, 480
<i>STIVARGA</i> 84	383, 478	<i>syringe, enfit, sterile</i> 375, 480
<i>STOP SMOKING AID</i> 195	<i>SURE-PREP ALCOHOL</i>	T
<i>STRAVIX</i> 250	<i>PREP PADS</i> 99	T
<i>STRENSIQ</i> 489	<i>SURE-TEST EASYPLUS</i>	<i>SLIM X2 CONTROL-IQ</i> 423, 480
<i>STRIBILD</i> 53	<i>MINI</i> 370, 478	<i>T.R.U.E. TEST ALLERGEN</i>
<i>STRIVERDI RESPIMAT</i> ...530	<i>SURE-TOUCH LANCET</i> ..383, 478	102
<i>STRONG IODINE</i> 100, 261	<i>SURGUARD2 SAFETY</i> 412, 413, 478, 479	<i>TABLOID</i> 74
<i>STUART ONE</i> 271	<i>SURVANTA</i> 535	<i>TABRECTA</i> 88
<i>SUBLOCADE</i> 192	<i>SUSVIMO</i> 513, 518	<i>TACHOSIL</i> 345
<i>Subvenite</i> 156	<i>SUSVIMO (INITIAL FILL)</i>	<i>tacrolimus</i> 233, 354
<i>Subvenite Starter (Blue) Kit</i>	513, 518	<i>tadalafil</i> 258, 327
.....156, 179	<i>SUSVIMO IMPLANT AND</i>	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>
<i>Subvenite Starter (Green) Kit</i>	<i>INS. TOOL</i> 390, 479	147
.....156, 179	<i>SUTAB</i> 322	<i>TAFINLAR</i> 77
<i>Subvenite Starter (Orange) Kit</i>	<i>Syeda</i> 208	<i>tafluprost (pf)</i> 517
.....156, 179	<i>SYLVANT</i> 81	<i>TAGITOL V</i> 253
<i>SUCRAID</i> 310	<i>SYMAX DUOTAB</i> 313, 330	<i>TAGRISSO</i> 68
<i>sucralfate</i> 323	<i>SYMDEKO</i> 534	<i>TAKE ACTION</i> 214, 215
<i>SUFLAVE</i> 322	<i>SYMLINPEN 120</i> 280	<i>TAKHZYRO</i> 145
<i>sulconazole</i> 229	<i>SYMLINPEN 60</i> 280	<i>TALICIA</i> 314
<i>sulfacetamide sodium</i> ..232, 516	<i>SYMPROIC</i> 42	<i>TALTZ AUTOINJECTOR</i> ..224
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	<i>SYMTUZA</i> 53	
.....217	<i>SYNAGIS</i> 102	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	<i>SYNALAR CREAM KIT</i> 240	
.....218		
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea</i>		
.....218, 247		

TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	223	telmisartan-hydrochlorothiazid	127	THIN LANCETS	383, 481
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	224	temazepam	178, 190	THIOLA EC	325
TALTZ SYRINGE	224	TEMBEXA	65	thioridazine	169
TALZENNA	86	TEMODAR	70	thiotepa	69
tamoxifen	90	temozolomide	70	thiothixene	170
tamsulosin	327	TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE	383, 481	THRESHOLD IMT TRAINER	421, 481
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23	425, 480	temsirolimus	84	THRESHOLD PEP DEVICE	421, 481
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5	425, 480	Tencon	24	THRIVITE RX	271
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23	425, 480	TENDERA-OB	271	THROMBIN-JMI	344
TANDEM MOBI CARTRIDGE	390, 480	TENIVAC (PF)	113	THYMOGLOBULIN	108
TANDEM MOBI SYSTEM	423, 480	tenofovir disoproxil fumarate	52, 58	THYQUIDITY	305
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23	425, 480	TEPADINA	69	THYROGEN	256
Tarina 24 Fe	208	TEPEZZA	304	thyroid (pork)	304
Tarina Fe 1/20 (28)	208	TEPMETKO	88	Tiadylt Er	139
Tarina Fe 1-20 Eq (28)	208	terazosin	145	tiagabine	152
TARON-PREX PRENATAL- DHA	263, 271	terbinafine hcl	44	TIBSOVO	84
TARPEYO	293	terbutaline	531	TIGLUTIK	357
TASCENSO ODT	501	terconazole	539	Tilia Fe	211
TASIGNA	88	teriflunomide	500	timol-brimon-dorzol-bimato(pf)	502
tasimelteon	184	teriparatide	286	timolol	511
tavaborole	229	Terrell	38	timolol maleate	138, 511
TAVALISSE	334	TERSI FOAM	232	timolol maleate (pf)	511
TAVNEOS	24	TERUMO ALLERGY SYRINGE	414, 481	timolol-bimatoprost (pf)	509
TAYTULLA	208	TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN	414, 481	timolol-brimonidi-dorzolam(pf)	509
tazarotene	231, 246	TERUMO SYRINGE	414, 481	timolol-dorzolam-bimatopro(pf)	509
TAZVERIK	80	TEST N'GO TEST	370, 481	tinidazole	48
TD GOLD TEST STRIP	370, 481	testosterone	278, 279	tiopronin	325
TDVAX	113	testosterone cypionate	278	TIROSINT	305
TECENTRIQ	93	testosterone enanthate	278	TIROSINT-SOL	305
TECENTRIQ HYBREZA	93	tetrabenazine	187	TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN)	247, 248
TECHLITE LANCETS	383, 481	tetracaine hcl	512	TIS-U-SOL PENTALYTE	261
TEGLUTIK	357	tetracaine hcl (pf)	512	TIVDAK	72, 95
TEGRETOL	154, 179	tetracycline	65	TIVICAY	49
TEGRETOL XR	154, 180	TEVIMBRA	94	TIVICAY PD	49
TELCARE LANCETS	383, 481	Texacort	240	tizanidine	361
TELCARE TEST STRIPS	370, 481	TEZSPIRE	528	TLANDO	279
TELIORA	240	THALOMID	46, 91	TOBI PODHALER	533
telmisartan	127	THEO-24	529	TOBRADEX	504
telmisartan-amlodipine	126	theophylline	529	TOBRADEX ST	504
		THERANATAL	271	tobramycin	515, 533
		THERANATAL COMPLETE	271	tobramycin in 0.225 % nacl	533
		THERANATAL ONE	271	tobramycin with nebulizer	533
		THERANATAL OVAVITE	271	tobramycin-dexamethasone	504
		THERANATAL PLUS	271	tobramycin-vancomycin	505, 515
		thiamine hcl (vitamin b1)	274		

TOBREX	515	tretinoin microspheres	221	TROGARZO	48
TOLAK	230	TRETEN	340	TROJAN BARESKIN ..	389, 482
tolcapone	163	TREXALL	29, 73	TROJAN EXTENDED	
tolmetin	34	triamcinolone acetonide	240, 496	PLEASURE	389, 482
tolterodine	331			TROJAN PLEASURE PACK	
tolvaptan	143	triamterene	143	.....	389, 482
TOOMEY SYRINGE ..	414, 481	triamterene-hydrochlorothiazid		TROJAN ULTRA RIBBED	
TOPCARE UNIVERSAL1		.....	143	CONDOM	389, 482
LANCET	383, 481	triazolam	178, 190	TROJAN ULTRA THIN	389, 482
topiramate	154, 155	TRICARE	272		
topotecan	91	TRI-CHLOR	243	tropicamide	505
toremifene	90	Triderm	240	tropium	331
TORONOVA II SUIK	35	trientine	41	TRUDHESA	185
TORONOVA SUIK	35	Tri-Estarylla	211	TRUE COMFORT ALCOHOL	
Torpenz	84	TRIFERIC	262	PADS	100
torsemide	142	trifluoperazine	169	TRUE COMFORT LANCET	
TOTAL VISC	514	trifluridine	516	.....	383, 482
TOUJEO MAX U-300		trihexyphenidyl	164	TRUE COMFORT PRO	
SOLOSTAR	298	TRIJARDY XR	285	ALCOHOL PADS	100
TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRIKAFTA	534	TRUE COVER CONDOM .	390, 482
INSULIN	298	Tri-Legest Fe	211		
TOXICOLOGY SALIVA		Tri-Linyah	212	TRUE METRIX GLUCOSE	
COLLECTION	255	TRILOAN II SUIK	293	TEST STRIP	370, 482
TPOXX (NATIONAL		TRILOAN SUIK	293	TRUE METRIX PRO TEST	
STOCKPILE)	66	Tri-Lo-Estarylla	212	STRIP	370, 482
TRACLEER	147	Tri-Lo-Marzia	212	TRUEPLUS KETONE 424, 482	
TRADJENTA	280	Tri-Lo-Mili	212	TRUEPLUS LANCETS	384, 482
tramadol	20	Tri-Lo-Sprintec	212		
tramadol-acetaminophen	23	TRI-LUMA	235	TRUETEST TEST STRIPS 370,	
trandolapril	125	TRILURON	359	482	
trandolapril-verapamil	124	trimethobenzamide	307	TRUETRACK TEST	370, 482
tranexamic acid	343	trimethoprim	44	TRULANCE	309, 315
tranylcypromine	158	Tri-Mili	212	TRULICITY	281
TRANZAREL	249	trimipramine	162	TRUMENBA	116
travoprost	517	TRI-MIX (PAPAVRN-		TRUQAP	66
TRAZIMERA	97	PHNTLMN-PGE1)	258	TRUSKIN	250
trazodone	160	TRIMO-SAN JELLY	539	TRUSTEX LATEX CONDOM	
TRECTOR	55	TRINATAL RX 1	272	.....	390, 482
TRELEGY ELLIPTA	533	TRINATE	272	TRUSTEX LUBRICATED	
TRELSTAR	83	TRINTELLIX	161	CONDOMS	390, 482
TREMFYA	222, 316, 317	TRIPTODUR	301	TRUSTEX NON-LUB	
TREMFYA PEN	316	TRISENOX	76	CONDOMS	390, 482
treprostinil sodium	146	Tri-Sprintec (28)	212	TRUSTEX-RIA	
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRIUMEQ	54	LUB/SPERMICIDE 390, 482	
100	298	TRIUMEQ PD	54	TRUSTEX-RIA LUBRICATED	
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRIVISC	359	CONDOMS	390, 482
200	298	Trivora (28)	212	TRUSTEX-RIA NON-LUB	
TRESIBA U-100 INSULIN 298		Tri-Vylibra	212	CONDOMS	390, 483
tretinoin	221	Tri-Vylibra Lo	212	TRUXIMA	30, 78
tretinoin (antineoplastic)	89	TRODELVY	95	TRYNGOLZA	123, 130

TUBERCULIN SYRINGE .414, 483
tuberculin-allergy syringes .414, 483
TUDORZA PRESSAIR 529
TUKYSA 79
Tulana 210
TURALIO 89
Turqoz (28) 208
TUXARIN ER 537
TWINRIX (PF) 103
TWIRLA 213
TWIST LANCETS 384, 483
TYBLUME 208
TYBOST 493
Tydemy 209
TYENNE 32
TYENNE AUTOINJECTOR 32
TYMBION 522
TYMLOS 286
TYRVAYA 536
TYSABRI 497
TYVASO 146
TYVASO DPI 146
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT 146
TYVASO REFILL KIT 146
TYVASO STARTER KIT 146
TZIELD 275
U
UBRELVY 185
UDENYCA 342
UDENYCA AUTOINJECTOR 342
UDENYCA ONBODY 342
ULESFIA 251
ULTICARE 415, 483
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING 414, 415, 483
ULTICARE SAFETY SYRINGE 415, 483
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE 415, 483
ULTILET ALCOHOL SWAB 100
ULTILET BASIC LANCETS 384, 483
ULTILET CLASSIC LANCETS 384, 483
ULTILET LANCETS ..384, 484

ULTILET SAFETY LANCETS 384, 484
ULTIMA TEST STRIPS 370, 484
ULTOMIRIS 333, 350
ULTRA FINE LANCETS ..384, 484
ULTRA PRENATAL PLUS DHA 272
ULTRA THIN II LANCETS 384, 484
ULTRA THIN LANCETS ..384, 484
ULTRA THIN PLUS LANCETS 384, 484
ULTRA TLC LANCETS 384, 484
ULTRA-CARE LANCETS .384, 484
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 388, 484
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 388, 484
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 388, 484
ULTRALANCE LANCETS 384, 485
ULTRASAL-ER 243
ULTRA-THIN II LANCETS 384, 485
ULTRATRAK 370, 485
ULTRATRAK ULTIMATE 370, 485
UNILET COMFORTOUCH LANCET 384, 485
UNILET GP LANCET 384, 485
UNILET LANCET 384, 485
UNILET LANCETS 384, 485
UNILET SUPER THIN LANCETS 384, 485
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 385, 485
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 385, 485
UNISTIK 3 GENTLE ..385, 485
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 385, 485
UNISTIK COMFORT LANCETS 385, 485
UNISTIK CZT LANCET ...385, 485

UNISTIK EXTRA LANCETS 385, 485
UNISTIK NORMAL LANCETS 385, 485
UNISTIK PRO LANCET ...385, 485
UNISTIK SAFETY 385, 485
UNISTIK TOUCH LANCETS 385, 486
UNISTRIP1 TEST STRIP .370, 486
UNIVERSAL 1 LANCETS 385, 486
UPLIZNA 354
UPNEEQ (PF) 503
UPTRAVI 144
URAMAXIN 243
URAMAXIN GT 242
urea 243
UREA NAIL STICK 243
URETRON D-S 62, 329
URISTIX 4 255, 486
URISTIX REAGENT ..255, 486
URO-458 62, 329
UROGESIC-BLUE 62, 329
URO-MP 62, 329
UROQID-ACID NO.2 ...62, 328
ursodiol 310
UZEDY 167, 168
V
VABYSMO 501, 502
VAFSEO 332
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM 215
valacyclovir 59
VALCHLOR 229
valganciclovir 56
valproic acid 151, 180
valproic acid (as sodium salt) 151, 180
valrubicin 92
valsartan 127
valsartan-hydrochlorothiazide 127
VALSTAR 92
VALTOCO 151, 178
Valtya 209
vancomycin 57
vancomycin in 0.9 % sodium chl 505
VANFLYTA 80

VANISHPOINT SYRINGE 415, 486	VEOZAH 275	VIVITROL 192
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE 416, 486	verapamil 130, 140	VIVJOA 45
VANOXIDE-HC 220	VERIFINE SAFETY LANCET MINI 385, 486	VIVOTIF 110, 114
VAQTA (PF) 103	VERIFINE UNIVERSAL LANCET 385, 487	VIZIMPRO 68
vardenafil 258	VERQUVO 128	VOCABRIA 49
varenicline tartrate 195	VERSACLOZ 168	Volnea (28) 200
VARIBAR HONEY 253	VERZENIO 79	VONJO 82
VARIBAR NECTAR 253	VESICARE LS 329	VONVENDI 343
VARIBAR PUDDING 253	Vestura (28) 209	VOQUEZNA 306
VARIBAR THIN HONEY ..253	VEVYE 508	VOQUEZNA DUAL PAK ..315
VARIBAR THIN LIQUID ..253	V-GO 20 423, 487	VOQUEZNA TRIPLE PAK 315
VARIVAX (PF) 110, 123	V-GO 30 423, 487	VORANIGO 67
VARIZIG 108	V-GO 40 423, 487	VORAXAZE 97, 98
VARUBI 309	VIBERZI 315, 320	voriconazole 45, 46
VASCEPA 135	Vienna 209	VORTEX HOLDING CHAMBER 421, 487
VASELINE WHITE PETROLEUM 246	vigabatrin 152	VORTEX VHC FROG MASK-CHILD 421, 487
VASHE 252	Vigadrone 153	VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR 421, 487
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT 110, 116	VIGAFYDE 153	VORTEX VHC PEDIATRIC MASK 421, 487
VAXCHORA BUFFER COMPONENT 196	Vigpoder 153	VOSEVI 59
VAXCHORA VACCINE 110, 116	VIJOICE 492, 493	VOWST 306
VAXELIS (PF) ...103, 113, 114, 116, 117	vilazodone 161	VOXZOGO 285
VAXNEUVANCE (PF) 116	VILTEPSO 358	VOYDEYA 332, 333
VCF CONTRACEPTIVE FILM 215	VIMIZIM 490	VP-CH-PNV 272
VCF CONTRACEPTIVE GEL 215	VIMPAT 152	VPRIV 489
VECTIBIX 96	vinblastine 92	VRAYLAR 172, 181
VEGZELMA 67	vinorelbine 92	VTAMA 231
VELETRI 146	VIOKACE 310	VUEBLU 255
Velivet Triphasic Regimen (28) 212	Viorele (28) 200	VUITY 503
VELPHORO 326	VIRACEPT 63	VUMERITY 499
VELSIPITY 318	VIREAD 52, 58	VYALEV 163
VELTASSA 261	VISCO-3 359	VYEPTI 184
VEMLIDY 58	VISTASEAL-FIBRIN SEALANT 345	Vyfemla (28) 209
VENCLEXTA 76	VISUDYNE 513	VYLEESI 184
VENCLEXTA STARTING PACK 76	VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE) 272	Vylibra 209
venlafaxine 160	VITAFOL GUMMIES 272	VYLOY 66
VENTAVIS 147	Vitamin D2 274	VYNDAMAX 277
Venxxiva 325	VITAMIN K 275	VYND AQEL 278
VEOPOZ 306	Vitamin K1 275	VYONDYS-53 358
	VITRAKVI 91	VYVANSE 176
	VIVAGUARD INO TEST STRIP 370, 487	VYVGART 357
	VIVAGUARD LANCET 385, 487	VYVGART HYTRULO 357
	VIVAGUARD SAFETY LANCET 385, 487	VYXEOS 72
	VIVIMUSTA 70	VYZULTA 517
		W
		WAINUA 278
		WAKIX 189

<i>warfarin</i>	334	<i>XCOPRI</i>	158	<i>YCANTH</i>	244
<i>water for injection, sterile</i> ...	260	<i>XCOPRI MAINTENANCE</i>		<i>YERVOY</i>	79
<i>water for irrigation, sterile</i> ..	261	<i>PACK</i>	157	<i>YESINTEK</i>	222, 316
<i>WAVESENSE JAZZ</i> ...	370, 487	<i>XCOPRI TITRATION PACK</i>		<i>YOKATAR</i>	235
<i>WAVESENSE PRESTO</i>	371, 487	.....	158	<i>YONDELIS</i>	93
<i>WAYZEN</i>	242	<i>XDEMVY</i>	501	<i>YONSA</i>	68, 71
<i>WEBCOL</i>	100	<i>XELJANZ</i>	32, 318	<i>YORVIPATH</i>	302
<i>WEGOVY</i>	541	<i>XELJANZ XR</i>	32, 318	<i>YUPELRI</i>	529
<i>WELIREG</i>	81	<i>XELPROS</i>	517	<i>Yuvaferm</i>	540
<i>Wera (28)</i>	209	<i>XELSTRYM</i>	176, 183	Z	
<i>WESNATAL DHA</i>		<i>XEMBIFY</i>	107	<i>Zafemy</i>	213
<i>COMPLETE</i>	272	<i>XENLETA</i>	63	<i>zafirlukast</i>	528
<i>WESTAB PLUS</i>	272	<i>XENON XE-133</i>	256, 257	<i>zaleplon</i>	191
<i>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60</i>		<i>XENOVIEW PATIENT DOSE</i>		<i>ZALTRAP</i>	95
.....	372, 487	.....	256	<i>ZANOSAR</i>	93
<i>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65</i>		<i>XENOVIEW PREPARATION</i>		<i>Zarah</i>	209
.....	372, 487	<i>GAS BLEND</i>	256	<i>ZARXIO</i>	342
<i>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70</i>		<i>XENPOZYME</i>	489	<i>ZAVZPRET</i>	185
.....	373, 487	<i>XEOMIN</i>	360	<i>ZEGALOGUE</i>	
<i>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75</i>		<i>XEPI</i>	226	<i>AUTOINJECTOR</i>	277
.....	373, 488	<i>XERMELO</i>	306	<i>ZEGALOGUE SYRINGE</i> ...	277
<i>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80</i>		<i>XGEVA</i>	303	<i>ZEJULA</i>	86
.....	373, 488	<i>XHANCE</i>	536	<i>ZELAPAR</i>	164
<i>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85</i>		<i>XIAFLEX</i>	359	<i>ZELBORAF</i>	77
.....	373, 488	<i>XIFAXAN</i>	64	<i>ZEMAIRA</i>	535
<i>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90</i>		<i>XIGDUO XR</i>	282	<i>Zenatane</i>	216
.....	373, 488	<i>XIIDRA</i>	508	<i>ZENPEP</i>	310
<i>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95</i>		<i>XIPERE (PF)</i>	507	<i>Zenzedi</i>	176, 183, 190
.....	373, 488	<i>XIRUN</i>	242	<i>ZEPATIER</i>	58
<i>WILATE</i>	340	<i>XOFLUZA</i>	60	<i>ZEPBOUND</i>	540
<i>WILZIN</i>	40	<i>XOLAIR</i>	526	<i>ZEPOSIA</i>	318, 501
<i>WINLEVI</i>	216	<i>XOLREMDI</i>	335	<i>ZEPOSIA STARTER KIT (28-</i>	
<i>WINREVAIR</i>	124	<i>XOSPATA</i>	80	<i>DAY)</i>	318, 501
<i>WINRHO SDF</i>	108	<i>XPHOZAH</i>	258	<i>ZEPOSIA STARTER PACK (7-</i>	
<i>Wixela Inhub</i>	533	<i>XPOVIO</i>	80, 90	<i>DAY)</i>	318, 501
<i>WOMEN'S PRENATAL PLUS</i>		<i>XROMI</i>	351	<i>ZEPZELCA</i>	93
<i>DHA</i>	272	<i>XTAMPZA ER</i>	20	<i>ZETONNA</i>	536
<i>WOUNDGELHA MATRIX</i>	246	<i>XTANDI</i>	71	<i>zidovudine</i>	52
<i>Wymzya Fe</i>	209	<i>Xulane</i>	213	<i>ZIEXTENZO</i>	342
<i>WYNZORA</i>	222	<i>XULTOPHY 100/3.6</i>	285	<i>ZIIHERA</i>	66
X		<i>XURIDEN</i>	492	<i>ZILBRYSQ</i>	358
<i>XADAGO</i>	164	<i>XYNTHA</i>	340	<i>ZIMHI</i>	42
<i>XALIX</i>	244	<i>XYNTHA SOLOFUSE</i>	340	<i>ziprasidone hcl</i>	165, 181
<i>XALKORI</i>	71	<i>XYOSTED</i>	279	<i>ZIRABEV</i>	68
<i>Xarah Fe</i>	212	<i>XYWAV</i>	188	<i>ZIRGAN</i>	516
<i>XARELTO</i>	335	Y		<i>ZITHRANOL</i>	231
<i>XARELTO DVT-PE TREAT</i>		<i>YALE DISPOSABLE</i>		<i>ZOKINVY</i>	494
<i>30D START</i>	335	<i>NEEDLES</i>	416, 488	<i>ZOLADEX</i>	83
<i>XATMEP</i>	29, 73	<i>Yargesa</i>	492	<i>zoledronic acid</i>	286, 287
<i>XCLAIR</i>	235	<i>YASMIN (28)</i>	209	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	
		<i>YAZ (28)</i>	209	.....	287

zoledronic ac-mannitol-0.9nacl
.....287
ZOLINZA.....81
zolmitriptan.....186
zolpidem.....191
ZOMACTON.....295
Zomig.....186
ZONISADE.....157
zonisamide.....157

ZONTIVITY.....350
ZORYVE.....225, 231, 232
Zovia 1-35 (28).....209
ZTALMY.....155
ZUBSOLV.....192
ZULRESSO.....158
Zumandimine (28).....209
ZUNVEYL.....197
ZURZUVAE.....158

ZYDELIG.....85, 86
ZYKADIA.....71
ZYLET.....505
ZYMFENTRA.....26, 320
ZYNLONTA.....77
ZYNYZ.....94
ZYPRAM.....39
ZYPREXA RELPREVV.....170