

Lista Estándar de Medicamentos Cubiertos

Abril 2024

Inland Empire Health Plan

Esta Lista de Medicamentos Cubiertos se actualizó por última vez el 15 de marzo de 2024. Esta Lista de Medicamentos Cubiertos está sujeta a cambios y todas las versiones anteriores de la Lista de Medicamentos Cubiertos ya no se aplican. Para obtener la información más actualizada sobre la Lista Estándar de Medicamentos Cubiertos, visite:

<https://www.iehp.org/content/dam/iehp-org/en/documents/coveredcalifornia/Formulary.pdf>.

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

Tabla de Contenido

Sección Informativa	3
Definiciones	3
¿Cuál es el proceso para encontrar un medicamento en esta lista?.....	6
¿Cómo puedo saber si el medicamento de la lista es un medicamento de marca o genérico?	6
¿Qué son los niveles de medicamentos?.....	7
¿Con qué frecuencia se actualiza la lista de medicamentos cubiertos (formulary)?.....	8
¿Qué es un medicamento cubierto por el beneficio médico en comparación con un medicamento cubierto por el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios?.....	8
¿Qué son los medicamentos de atención médica preventiva?	9
¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo?	9
¿Qué medicamentos y productos para el cuidado de la diabetes están cubiertos de acuerdo con el Beneficio de los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios?	9
¿Qué pasa si mi medicamento requiere una autorización previa o terapia escalonada?.....	9
¿Qué pasa si mi medicamento no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos?.....	11
Farmacias de venta al menudeo participantes.....	11
¿Qué son los medicamentos de especialidad?	11
Medicamentos Orales contra el Cáncer	12
¿Qué medicamentos y productos para el cuidado de la diabetes están cubiertos por el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios?	12
¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo?	12
Farmacia con servicio de entrega por correo	12
Lista Categórica de Medicamentos Recetados	13
Índice de Medicamentos	435

Sección Informativa

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

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos incluyen:

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

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La "Lista de Medicamentos Cubiertos" es la lista completa de medicamentos preferidos para su uso y elegibles para tener cobertura de acuerdo con un plan de salud e incluye todos los

medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios del plan de salud. La Lista de Medicamentos Cubiertos también se conoce como una lista de medicamentos recetados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"Terapia Escalonada" (*Step Therapy, ST*) es un proceso que especifica la secuencia en la que se prescriben diferentes medicamentos recetados para una afección médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. El plan de salud puede pedir que el

afiliado pruebe uno o más medicamentos para tratar la afección médica del afiliado antes de que el plan de salud cubra un medicamento en particular para la afección, de conformidad con una solicitud de terapia escalonada. Si el proveedor que emite la receta médica del afiliado presenta una solicitud de excepción de terapia escalonada, los planes de salud harán excepciones a la terapia escalonada cuando se cumplan los criterios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ejemplo: ANTICOAGULANTES HEPARINAS Y AGENTES SIMILARES A LOS HEPARINOIDES

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

Del ejemplo anterior:

Medicamento Genérico:

- *enoxaparina inyectable*

Medicamento de Marca:

- FRAGMIN INYECTABLE (*dalteparina sódica*)

¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los miembros actuales y potenciales pueden acceder a la Lista de Medicamentos Cubiertos. Para ver la Lista de Medicamentos Cubiertos más reciente, visite www.iehp.org.

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

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

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

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

¿Qué son los medicamentos de atención médica preventiva?

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

¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo?

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

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

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

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

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

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

El proceso de autorización previa (PA) se utiliza para garantizar que los beneficios de medicamentos se apliquen según lo previsto y que los miembros del plan reciban la terapia de medicamentos más adecuada, segura y económica. La solicitud de autorización previa de su médico se evaluará una vez recibida la información presentada y se tomará una determinación basada en los criterios clínicos establecidos para el medicamento específico. Los criterios utilizados para la autorización previa son establecidos por el Comité de Farmacia y Terapéutica. Su médico puede ponerse en contacto con nosotros para obtener la póliza. Antes de que pueda

aprobarse el pago de los medicamentos que requieren autorización previa, deben cumplirse las condiciones para la aprobación y la autorización previa debe introducirse en el sistema. IEHP responderá al médico y/o al farmacéutico en un plazo de 24 horas para las solicitudes de circunstancias urgentes o de 72 horas para las solicitudes estándar después de obtener la información médica solicitada. Existen circunstancias apremiantes cuando una afección médica puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima o cuando se está sometido a un plan de tratamiento. Una vez que se aprueba un medicamento, su autorización será válida de inmediato. Puede obtener una lista de medicamentos que requieren Autorización Previa. Visite nuestro sitio web www.iehp.org.

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

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

La terapia escalonada es el proceso de iniciar la terapia para una afección médica con medicamentos considerados de primera línea de tratamiento o que son más económicos, para luego pasar a medicamentos que son la siguiente línea en el tratamiento o que pueden ser menos accesibles. Los requisitos de la terapia escalonada se basan en la forma en la que la FDA recomienda que se use un medicamento, las directrices de tratamiento reconocidas a nivel nacional, los estudios médicos y el costo relativo. Si no se cumplen los requisitos de cobertura de la terapia escalonada para una receta y su médico o proveedor de atención médica considera que el medicamento es 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 electrónicamente, por teléfono o por fax. Una solicitud de autorización previa representa circunstancias apremiantes cuando un miembro padece una afección médica que puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del miembro para recuperar la función máxima. Las solicitudes de autorización por circunstancias urgentes hechas por los médicos se procesan y se notifica la determinación de IEHP a los proveedores que emiten la receta médica tan pronto como usted pueda, sin exceder las 24 horas, después de recibir la solicitud y cualquier información adicional solicitada por IEHP que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación.

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

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

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

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

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

Farmacias de venta al menudeo participantes

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

¿Qué son los medicamentos de especialidad?

Los medicamentos de especialidad son medicamentos que pueden requerir coordinación de la atención, una supervisión rigurosa o capacitación exhaustiva del paciente para su autoadministración. Por lo general, una farmacia de venta al menudeo no puede cumplir estos requisitos. Los medicamentos de especialidad también pueden requerir procesos de manipulación o fabricación especiales (como la biotecnología), restricciones a ciertos médicos o farmacias, o reporte de ciertos eventos clínicos a la FDA. Los medicamentos de especialidad suelen tener un costo elevado.

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

Medicamentos Orales contra el Cáncer

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

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

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

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

¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo?

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

Farmacia con servicio de entrega por correo

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

Lista Categórica de Medicamentos Recetados

Terapia Alternativa - Vitaminas y Minerales	15
Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos	15
Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre.....	15
Anestésicos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre.....	37
Preparaciones Anorrectales - Preparaciones Rectales.....	38
Antídotos y otros Agentes de Reversión - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación.....	39
Agentes Antiinfecciosos.....	41
Agentes Antiinfecciosos - Medicamentos para Infección.....	42
Antineoplásicos	63
Antineoplásicos - Medicamentos para el Cáncer	64
Antisépticos y Desinfectantes - Antisépticos y Desinfectantes	93
Biológicos.....	94
Biológicos - Agentes Biológicos.....	95
Agentes de Terapia Cardiovascular.....	110
Agentes de Terapia Cardiovascular - Medicamentos para el Corazón	110
Agentes del Sistema Nervioso Central - Medicamentos para el Sistema Nervioso.....	133
Dependencia Química, Agentes para Tratar – Medicamentos para Tratar la Adicción.....	174
Coadyuvantes Químicos-Farmacéuticos	178
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos	178
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Medicamentos para el Sistema Nervioso	179
Anticonceptivos - Medicamentos para el Cuidado Femenino	180
Dermatológico.....	197
Dermatológico - Medicamentos para la Piel	197
Agentes de Diagnóstico.....	229
Medicamentos para Tratar la Disfunción Eréctil - Medicamentos para el Sistema Urinario	233
Terapia para los Trastornos de la Alimentación.....	234
Terapia para los Trastornos de la Alimentación - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación	234
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales	236
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales - Medicamentos Nutricionales.....	237
Endocrino	244

Endocrino - Hormonas	245
Enzimas - Vitaminas y Minerales	273
Agentes de Terapia Gastrointestinal	273
Agentes de Terapia Gastrointestinal - Medicamentos para el Estómago.....	274
Terapia Genitourinaria - Medicamentos para el Sistema Urinario.	291
Terapia para la Gota e Hiperuricemia - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre	298
Agentes Hematológicos.....	299
Agentes Hematológicos - Medicamentos para la Sangre.....	299
Agentes para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado	318
Agentes Inmunosupresores - Medicamentos para Trasplantes de Órganos.....	318
Aparato Locomotor	320
Aparato Locomotor - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos.....	321
Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero (DME) - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero ..	326
Suministro Médico, FDB Superset.....	356
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas	386
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas.....	386
Modificadores Metabólicos.....	388
Modificadores Metabólicos - Fármacos que Alteran el Metabolismo	388
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Medicamentos para la Boca y Garganta	391
Agentes de Esclerosis Múltiple - Medicamentos para el Sistema Nervioso.....	395
Agentes Oftálmicos	398
Agentes Oftálmicos - Medicamentos para los Ojos	398
Soluciones para la Preservación de Órganos.....	414
Soluciones para la Preservación de Órganos - Medicamentos para el Corazón	414
Ótico (Oído) - Medicamentos para el Oído.....	417
Agentes de Terapia Respiratoria - Medicamentos para los Pulmones	418
Productos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino.....	433

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Terapia Alternativa - Vitaminas y Minerales		
Terapia alternativa - Sin Clasificar - Vitaminas y Minerales		
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (<i>flaxseed</i>)	Nivel 3	
Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos		
Analgésico - Antagonistas de Opioides		
LOTREXONE ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (<i>naltrexone hcl</i>)	Nivel 3	
NALTREX ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (<i>naltrexone hcl</i>)	Nivel 3	
Analgésicos, Antiinflamatorios o Antipiréticos - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre		
Analgésico - Bloqueadores de los Canales de Calcio de Tipo Neuronal (N) (NCCB) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
PRIALT INTRATHECAL SOLUTION 100 MCG/ML, 25 MCG/ML (<i>ziconotide acetate</i>)	Nivel 4	
Agonistas Analgésicos Opioides - Artritis y Analgésicos		
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
DEMEROL (PF) INJECTION SYRINGE 100 MG/ML, 25 MG/ML, 50 MG/ML, 75 MG/ML (<i>meperidine hcl/pf</i>)	Nivel 3	
DILAUDID (PF) INJECTION SYRINGE 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML (<i>hydromorphone hcl/pf</i>)	Nivel 3	
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl intravenous pt controlled analgesia syring 500 mcg/50 ml (10 mcg/ml)</i>	Nivel 1	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>methadone oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML por 1 día)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 1 día)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (40 ML por 1 día)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>methadone hcl</i> (Methadose Oral Tablet, Soluble 40 Mg)	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous pt controlled analgesia syring 275 mg/55 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>morphine oral capsule, extend. release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral tablet 30 mg</i>	Nivel 2	
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>morphine rectal suppository 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG, 250 MG, 50 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 75 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	Nivel 3	QL (6 EA por 1 día)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (<i>oxycodone hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 80 MG (<i>oxycodone hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (4 EA por 1 día)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
ROXYBOND ORAL TABLET, ORAL ONLY 15 MG, 30 MG, 5 MG (<i>oxycodone hcl</i>)	Nivel 3	
<i>tramadol oral solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG (<i>oxycodone myristate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG (<i>oxycodone myristate</i>)	Nivel 3	ST; QL (4 EA por 1 día)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG (<i>oxycodone myristate</i>)	Nivel 3	ST; QL (8 EA por 1 día)
Combinaciones de Analgésicos Opioides con Codeína - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (150 ML por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine</i> (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 12 Años)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine</i> (Butalbital Compound W/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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>benzhydrocodone-acetaminophen oral tablet 4.08-325 mg, 6.12-325 mg, 8.16-325 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (12 EA por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
Combinaciones de Analgésicos Opioides Hidrocodona y AINE - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Analgésicos Opioides con Hidrocodona - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA por 1 día)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Opioides Analgésicos Oxycodona y No Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML por 1 día)
<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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Oxiconona - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML por 1 día)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
Agonistas Analgésicos Opioides Parcialmente Mixtos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 28 días)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Analgésicos Tramadol Opiáceo y No Salicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 1 día); Age (Mín 12 Años)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Combinaciones de Analgésicos Tramadol Opiáceo - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 1 día); Age (Mín 12 Años)
Combinaciones de Analgésicos o Antipiréticos No Opioides/Sedantes - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (6 EA por 1 día)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital/acetaminophen/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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Antiinflamatorio, TNF-alfa Sel - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-atto</i>)	Nivel 4	PA
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-atto</i>)	Nivel 4	PA
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-axxq</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-abda</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Agentes Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Antiinflamatorios - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-atto</i>)	Nivel 4	PA
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-atto</i>)	Nivel 4	PA
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-axxq</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-abda</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Antipalúdicos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	OCH
OTREXUP (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4 ML, 12.5 MG/0.4 ML, 15 MG/0.4 ML, 17.5 MG/0.4 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.4 ML, 25 MG/0.4 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 2	QL (1.6 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (0.8 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.2 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.4 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.6 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (1.8 ML por 28 días)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (<i>methotrexate/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 ML por 28 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FAME (DMARD) - Antiinflamatorios, Selecto. Modulador de Coestimulación, Inhibidor de Células T. - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG (<i>abatacept/maltose</i>)	Nivel 4	PA
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML (<i>abatacept</i>)	Nivel 4	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (<i>abatacept</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Agentes Dirigidos a Células B - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-arrx</i>)	Nivel 4	PA
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML (<i>rituximab</i>)	Nivel 4	PA
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-pvvr</i>)	Nivel 4	PA
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-abbs</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Compuestos de Oro - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (<i>auranofin</i>)	Nivel 3	
FAME (DMARD) - Inmunosupresores - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<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 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine, modified</i> (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
<i>cyclosporine, modified</i> (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (<i>cyclosporine, modified</i>)	Nivel 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	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	
FAME (DMARD) - Antagonista del Receptor de Interleucina-1 (IL-1Ra) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
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
FAME (DMARD) - Inhibidores de Janus Kinasa (JAK) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (<i>baricitinib</i>)	Nivel 4	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG (<i>upadacitinib</i>)	Nivel 4	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Otro - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (<i>penicillamine</i>)	Nivel 4	PA
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FAME (DMARD) - Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 (PDE4) - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (<i>apremilast</i>)	Nivel 4	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (<i>apremilast</i>)	Nivel 4	PA
FAME (DMARD) - Inhibidores de la Síntesis de Pirimidina - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Inmunomodulador - Inhibidor de Rho Kinase - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG (<i>belumosudil mesylate</i>)	Nivel 4	PA
Inmunomodulador Estimulador de Linfocitos B (BLyS) Inhibidor Específico MCAB - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG (<i>belimumab</i>)	Nivel 4	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML (<i>belimumab</i>)	Nivel 4	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML (<i>belimumab</i>)	Nivel 4	PA
Combinaciones de Analgésicos AINE (NSAID) y Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Nivel 1	
Analgésicos AINE (NSAID), Inhibidores Selectivos de la Ciclooxigenasa-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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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	
TORONOVA II SUIK KIT 30 MG/ML (<i>ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
TORONOVA SUIK KIT 30 MG/ML (<i>ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados de Oxicam - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>meloxicam oral suspension 7.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Fenilacético - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Analgésicos AINE (NSAID) (COX No Específicos) - Derivados del Ácido Propiónico - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
EC-NAPROXEN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (<i>naproxen</i>)	Nivel 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen</i> (Ibu Oral Tablet 400 Mg, 600 Mg, 800 Mg)	Nivel 1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>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		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Analgésicos con Alicilatos - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
<i>choline,magnesium salicylate oral liquid 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Analgésicos de Salicilato - Medicamentos para la Artritis y el Dolor		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	\$0	EHB
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	\$0	EHB
ASPIR-TRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (<i>aspirin</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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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 - No Parenteral - Medicamentos para Sedación		
<i>ketamine sublingual troche 100 mg</i>	Nivel 1	
Anestésico, Combinaciones No Parenterales de Benzodiazepinas y Antieméticos - Medicamentos para Sedación		
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN) SUBLINGUAL TROCHE 3-25-2 MG (<i>midazolam/ketamine hcl/ondansetron hcl</i>)	Nivel 1	
Anestésico General - Inhalante Volátil - Medicamentos para Sedación		
<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Nivel 1	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid</i>	Nivel 1	
<i>isoflurane</i> (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Nivel 1	
Anestésico General - Parenteral, Benzodiazepinas - Medicamentos para Sedación		
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
Complementos Anestésicos Generales - Opioides - Medicamentos para Sedación		
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
Anestésico Local - Amidas - Medicamentos para Sedación		
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (<i>bupivacaine hcl/pf/norflurane/pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
Preparaciones Anorrectales - Preparaciones Rectales		
Agentes para el Tratamiento/el Dolor de la Fisura Anal - Nitratos - Preparaciones Rectales		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Nivel 1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 3	
Anorrectal - Glucocorticoides - Preparaciones Rectales		
ANUCORT-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (<i>hydrocortisone acetate</i>)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
Anorrectal - Combinación de Anestésico Local con Glucocorticoides Rectales Hemorroidales - Preparaciones Rectales		
ANA-LEX KIT RECTAL KIT 2-2 % (<i>hydrocortisone acetate/lidocaine hcl/aloe vera</i>)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 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>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal kit 3-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (<i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i>)	Nivel 3	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (<i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i>)	Nivel 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (<i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl/skin cleanser no.16</i>)	Nivel 3	
Antídotos y otros Agentes de Reversión - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
Antídoto - Envenenamiento por Acetaminofén - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	
Antídoto - Agente Reactivador de Colinesterasa - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<i>pralidoxime intramuscular pen injector 600 mg/2 ml</i>	Nivel 3	
Antídoto - Agente Reactivador de Colinesterasa y Antagonista Muscarínico - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
DUODOTE INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 600-2.1 MG/2ML-MG/0.7ML (<i>pralidoxime chloride/atropine sulfate</i>)	Nivel 3	
Antídoto - Envenenamiento por Cianuro - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Nivel 1	
Antídoto - Agentes Radiactivos - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (<i>prussian blue (insoluble)</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antídoto Otros - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
GALZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC) (<i>zinc acetate</i>)	Nivel 3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (<i>prussian blue (insoluble)</i>)	Nivel 3	
WILZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC) (<i>zinc acetate</i>)	Nivel 3	
Agentes Quelantes - Cobre - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (<i>penicillamine</i>)	Nivel 4	PA
CUVRIOR ORAL TABLET 300 MG (<i>trientine tetrahydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (<i>penicillamine</i>)	Nivel 4	PA
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Nivel 4	PA
Agentes Quelantes - Hierro - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>deferiprone</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Quelantes - Envenenamiento por Plomo - 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
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (<i>succimer</i>)	Nivel 3	
Antagonistas de los Receptores Opioides Mu, de Acción Periférica - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
<i>alvimopan oral capsule 12 mg</i>	Nivel 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>naloxegol oxalate</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	Nivel 3	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	Nivel 3	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	Nivel 3	PA
SYMPROIC ORAL TABLET 0.2 MG (<i>naldemedine tosylate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Agentes de Reversión de Opioides - Antagonistas de Opioides - Medicamentos para Sobredosis o Intoxicación		
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION (<i>naloxone hcl</i>)	Nivel 2	QL (4 EA por 30 días)
<i>naloxone injection auto-injector 10 mg/0.4 ml</i>	Nivel 1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 30 días)
OPVEE NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.7 MG/ACTUATION (<i>nalmefene hcl</i>)	Nivel 3	QL (4 EA por 30 días)
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML (<i>naloxone hcl</i>)	Nivel 3	QL (2 ML por 30 días)
Agentes Antiinfecciosos		
Antirretrovirales - Inhibidores de la Cápside		
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG (<i>lenacapavir sodium</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
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML (<i>lenacapavir sodium</i>)	Nivel 2	PA
Agentes Antiinfecciosos - Medicamentos para Infección		
Amebicidas - Medicamentos para Parásitos		
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Antibiótico Aminoglucósido - Antibióticos		
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML (<i>amikacin sulfate liposomal with nebulizer accessories</i>)	Nivel 4	PA
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Aminometilciclina - Antibióticos		
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (<i>omadacycline tosylate</i>)	Nivel 3	PA
Antibiótico Aminopenicilina - Antibióticos		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
MOXATAG ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 775 MG (<i>amoxicillin</i>)	Nivel 3	
Antibiótico Aminopenicilina - Combinaciones de Inhibidores de Betalactamasa - Antibióticos		
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antihelmínticos - Derivados de Bencimidazol - Medicamentos para Parásitos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
EGATEN ORAL TABLET 250 MG (<i>triclabendazole</i>)	Nivel 3	
EMVERM ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG (<i>mebendazole</i>)	Nivel 2	PA
Agentes Antihelmínticos - Lactonas Macroclínicas - Medicamentos para Parásitos		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antihelmínticos Otros - Medicamentos para Parásitos		
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
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 = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | CT = Anticonceptivos | OCH = Medicamento contra el Cáncer Administrado por Vía Oral

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG (<i>tafenoquine succinate</i>)	Nivel 3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (36 EA por 16 días)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 16 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG (<i>tafenoquine succinate</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 SURTIDO)
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg</i>	Nivel 2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Nivel 1	
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML (<i>nitazoxanide</i>)	Nivel 3	QL (50 ML por 1 día)
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
Antiprotozoario-Antibacteriano de 1ª Generación 2-metil-5-nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML (<i>metronidazole</i>)	Nivel 3	PA
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotozoario-Antibacteriano 2ª Generación 2-metil-5-nitroimidazol - Medicamentos para Infecciones		
SOLOSEC ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 2 GRAM (<i>secnidazole</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antirretroviral - Anticuerpo Monoclonal Anti-CD4 Dominio 2 - Medicamentos para Infecciones Virales		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) (<i>ibalizumab-uiyk</i>)	Nivel 2	PA
Antirretroviral - Antagonista del Correceptor CCR5 - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>maraviroc</i>)	Nivel 2	QL (31 ML por 1 día)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Inhibidores de la Transferencia de Hebras de la Integrasa del VIH-1 - Medicamentos para Infecciones Virales		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (<i>cabotegravir</i>)	Nivel 2	ST; QL (21 ML por 365 días); Age (Mín 12 Años)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	Nivel 1	Age (Mín 12 Años)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST; QL (21 ML por 365 días); Age (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); Age (Mín 12 Años)
Antirretroviral - Combinaciones de Inhibidor de la Integrasa y NNRTI - Medicamentos para Infecciones Virales		
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML (<i>cabotegravir/rilpivirine</i>)	Nivel 2	QL (4 ML por 30 días); Age (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); Age (Mín 12 Años)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG (<i>dolutegravir sodium/rilpivirine hcl</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
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 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)
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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)
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>emtricitabine</i>)	Nivel 2	QL (850 ML por 30 días)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (960 ML por 30 días)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>zidovudine</i>)	Nivel 2	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
Antirretrovirales - Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleótidos - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y SIN ANTECEDENTES DE MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL EN 120 DÍAS; QL (1 EA por 1 día)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	Nivel 2	QL (240 GM por 30 días)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
Combinaciones de Antirretrovirales - Inhibidores de Proteasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (<i>atazanavir sulfate/cobicistat</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML por 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA por 1 día)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (<i>darunavir ethanolate/cobicistat</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
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		
BARACLUDGE 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	ST; 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		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Hepatitis C - Análogos de Nucleósidos - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
Agente Antiviral Contra el Herpes - Análogos de Purina - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	
Agente Antiviral Contra el Herpes - Análogos de Timidina - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antivirales Contra la Influenza - Inhibidores de la Neuraminidasa - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	QL (40 EA por 180 días)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA por 180 días)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (360 ML por 180 días)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION (<i>zanamivir</i>)	Nivel 3	QL (40 EA por 180 días)
Agentes Antivirales Contra la Influenza - Inhibidor de la Endonucleasa PA - Medicamentos para Infecciones Virales		
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (<i>baloxavir marboxil</i>)	Nivel 2	QL (4 EA por 180 días)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG (<i>baloxavir marboxil</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 180 días)
Agentes Antivirales de la Influenza A - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>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 g, 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (<i>methenamine mandelate/sodium phosphate, monobasic</i>)	Nivel 3	
Combinaciones Antiinfecciosas Varias - Medicamentos para Infecciones		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (<i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i>)	Nivel 2	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (<i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i>)	Nivel 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (<i>methenamine/sod phosph, monobasic/methylene blue/hyoscyamine</i>)	Nivel 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (<i>methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine</i>)	Nivel 1	
Antibióticos Oxazolidinona - Antibióticos		
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG (<i>tedizolid phosphate</i>)	Nivel 2	ST; QL (6 EA por 6 días)
Antibiótico Penicilina - Natural - Antibióticos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibiótico Penicilina - Resistente a la Penicilinasas - Antibióticos		
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos Pleuromutilina - Antibióticos		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (<i>lefamulin acetate</i>)	Nivel 3	PA
Inhibidores de Proteasa (No Peptídicos) Antirretrovirales - Medicamentos para Infecciones Virales		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (<i>tipranavir</i>)	Nivel 2	QL (4 EA por 1 día)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (<i>darunavir ethanolate/cobicistat</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (<i>darunavir</i>)	Nivel 2	QL (400 ML por 30 días)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (<i>darunavir</i>)	Nivel 2	QL (8 EA por 1 día)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir</i>)	Nivel 2	QL (16 EA por 1 día)
Inhibidores de Proteasa (Peptídicos) Antirretrovirales - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>atazanavir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (<i>atazanavir sulfatate/cobicistat</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (<i>ritonavir</i>)	Nivel 2	QL (12 EA por 1 día)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG (<i>atazanavir sulfatate</i>)	Nivel 2	QL (5 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>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA por 1 día)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	Nivel 2	
Agentes Antivirales del Virus Sincitial Respiratorio (VRS) - Medicamentos para Infecciones Virales		
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	Nivel 1	
Rifamicinas y Antibióticos Derivados Relacionados - Antibióticos		
AEMCOLO ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 194 MG (<i>rifamycin sodium</i>)	Nivel 3	ST; QL (12 EA por 1 SURTIDO)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (<i>rifapentine</i>)	Nivel 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (<i>rifaximin</i>)	Nivel 3	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (<i>rifaximin</i>)	Nivel 2	PA
Agente Antiviral SARS-CoV-2 - Principales Inhibidores de la Proteasa (Mpro) - Medicamentos para Infecciones		
PAXLOVID ORAL TABLETS, DOSE PACK 150-100 MG (<i>nirmatrelvir/ritonavir</i>)	\$0	QL (20 EA por 28 días); Age (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); Age (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); Age (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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxyne NI Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxyne NI Oral Capsule 75 Mg)	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (<i>omadacycline tosylate</i>)	Nivel 3	PA
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antivirales del Virus Variola (Viruela) - Medicamentos para Infecciones Virales		
TEMBEXA ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (<i>brincidofovir</i>)	Nivel 2	
TEMBEXA ORAL TABLET 100 MG (<i>brincidofovir</i>)	Nivel 2	
TPOXX (NATIONAL STOCKPILE) ORAL CAPSULE 200 MG (<i>tecovirimat</i>)	Nivel 2	
Antineoplásicos		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - AKT (Proteína Quinasa B (PKB)) Inhibidor		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (<i>capivasertib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Gamma-Secretase Inhibidor (GSI)		
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG (<i>nirogacestat hydrobromide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Janus Kinase (JAK), inhibidores de ACVR1/ALK2		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (<i>momelotinib dihydrochloride</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Combinaciones de Inhibidor de PARP y Antiandrógeno		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG (<i>niraparib tosylate/abiraterone acetate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Conjunción Disruptora de Microtúbulos y Anticuerpo Dirigido alfa Antineoplásico-FR		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (<i>mirvetuximab soravtansine-gynx</i>)	Nivel 4	PA
Anticuerpo Monoclonal Biespecífico Activador de Células T CD3 Dirigido a CD20		
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML (<i>glofitamab-gxbm</i>)	Nivel 4	PA
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML (<i>epcoritamab-bysp</i>)	Nivel 4	PA
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML (<i>mosunetuzumab-axgb</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>bevacizumab-awwb</i>)	Nivel 4	PA
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>bevacizumab-adcd</i>)	Nivel 4	PA
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>bevacizumab-bvzr</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-Epidérmico.Factor de Crecimiento-EGFR (ErbB1),HER2 (ErbB2)R.Inhib - Medicamentos para el Cáncer		
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Anticuerpo MC Inhibidor del Receptor EGFR y MET Biespecífico - Medicamentos para el Cáncer		
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>amivantamab-vmjw</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Inhibidor de CYP17 (17 alfa-hidroxisilasa/C17,20-liasa) - Medicamentos para el Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
YONSA ORAL TABLET 125 MG (<i>abiraterone acetate, submicronized</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor de la Tirosina Quinasa EGFR de 1ra Generación- Medicamentos para el Cáncer		
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor de la Tirosina Quinasa EGFR de 2da Generación - Medicamentos para el Cáncer		
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (<i>afatinib dimaleate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG (<i>neratinib maleate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (<i>dacomitinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor de la Tirosina Auinasa EGFR de 3ra Generación - Medicamentos para el Cáncer		
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 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	OCH
EVOMELA INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG (<i>melphalan hcl/betadex sulfobutyl ether sodium</i>)	Nivel 4	
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram, 3 gram</i>	Nivel 4	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	Nivel 4	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (<i>chlorambucil</i>)	Nivel 4	OCH
<i>melphalan hcl intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>melphalan oral tablet 2 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
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, 50 mg</i>	Nivel 4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (<i>lomustine</i>)	Nivel 4	PA; OCH
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER 7.7 MG (<i>carmustine in polifeprosan 20</i>)	Nivel 4	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Otros - Medicamentos para el Cáncer		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>bendamustine hcl</i>)	Nivel 4	
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	
<i>bendamustine intravenous solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>bendamustine hcl</i>)	Nivel 4	
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>bendamustine hcl</i>)	Nivel 4	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Triazenos - Medicamentos para el Cáncer		
TEMODAR INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>temozolomide</i>)	Nivel 4	PA
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa del Linfoma Anaplásico (ALK) - Medicamentos para el Cáncer		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>allectinib hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG (<i>brigatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ALUNBRIG ORAL TABLETS, DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (<i>brigatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (<i>lorlatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (<i>crizotinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG (<i>crizotinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (<i>ceritinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Antiadrenales - Medicamentos para el Cáncer		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (<i>mitotane</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásicos - Antiandrógenos - Medicamentos para el Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	OCH
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG (<i>apalutamide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nivel 4	OCH; QL (2 EA por 1 día)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (<i>darolutamide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (<i>enzalutamide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
YONSA ORAL TABLET 125 MG (<i>abiraterone acetate, submicronized</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Combinaciones de Antibióticos y Antimetabolitos - Medicamentos para el Cáncer		
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG (<i>daunorubicin/cytarabine liposomal</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Conjugados Anticuerpo-Fármaco (ADC) - Medicamentos para el Cáncer		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) (<i>pralatrexate</i>)	Nivel 4	PA
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (<i>methotrexate</i>)	Nivel 3	PA: OCH
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	Nivel 4	PA

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	Nivel 4	
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	Nivel 4	
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	Nivel 4	
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 100 mg/ml, 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	Nivel 4	
INFUGEM INTRAVENOUS PIGGYBACK 1,200 MG/120 ML (10 MG/ML), 1,300 MG/130 ML (10 MG/ML), 1,400 MG/140 ML (10 MG/ML), 1,500 MG/150 ML (10 MG/ML), 1,600 MG/160 ML (10 MG/ML), 1,700 MG/170 ML (10 MG/ML), 1,800 MG/180 ML (10 MG/ML), 1,900 MG/190 ML (10 MG/ML), 2,000 MG/200 ML (10 MG/ML), 2,200 MG/220 ML (10 MG/ML) (<i>gemcitabine hcl in 0.9 % sodium chloride</i>)	Nivel 4	
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (<i>azacitidine</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados de la Urea - Medicamentos para el Cáncer		
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	OCH
Antineoplásicos - Antimetabolitos - Combinaciones de Análogos de Pirimidina - Medicamentos para el Cáncer		
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG (<i>trifluridine/tipiracil hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Anticuerpos Monoclonales Anti-PD-1 y Anti-LAG-3 - Medicamentos para el Cáncer		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML (<i>nivolumab-relatlimab-rmbw</i>)	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Anti-SLAMF7 - Medicamentos para el Cáncer		
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG (<i>elotuzumab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Inhibidores de la Aromatasa - Medicamentos para el Cáncer		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0	OCH; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0	OCH; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	OCH
Antineoplásico - Compuestos de Arsénico - Medicamentos para el Cáncer		
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 4	
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML (<i>arsenic trioxide</i>)	Nivel 4	
Antineoplásicos - Gentes de Terapia Enzimática Asparaginasa - Medicamentos para el Cáncer		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION 750 UNIT/ML (<i>calaspargase pegol-mknl</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
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
Antineoplásico - Inmunoterapia con Células CAR-T Dirigida CD-19 - Medicamentos para el Cáncer		
KYMRIAH INTRAVENOUS SUSPENSION 0.2X10EXP6 TO 2.5X10EXP8 CELL (<i>tisagenlecleucel</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD19 - Medicamentos para el Cáncer		
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG (<i>tafasitamab-cxix</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Agentes de Anticuerpos Monoclonales Recombinantes Específicos CD20 - Medicamentos para el Cáncer		
ARZERRA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML (<i>ofatumumab</i>)	Nivel 4	PA
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/40 ML (<i>obinutuzumab</i>)	Nivel 4	PA
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>rituximab-arrx</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>daratumumab</i>)	Nivel 4	PA
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>isatuximab-irfc</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa Dependiente de Ciclina (CDK) 4/6 - Medicamentos para el Cáncer		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3) (<i>ribociclib succinate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (<i>abemaciclib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Antígeno de Linfocitos T Citotóxicos (CTLA-4), Anticuerpo R-MC - Medicamentos para el Cáncer		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>tremelimumab-actl</i>)	Nivel 4	PA
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) (<i>ipilimumab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Inhibidor del Receptor 2 del Factor de Crecimiento Epidérmico (HER2) - Medicamentos para el Cáncer		
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (<i>tucatinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Epipodofilotoxinas - Medicamentos para el Cáncer		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>teniposide intravenous solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 4	
Antineoplásicos - Epotilonas y Análogos - Medicamentos para el Cáncer		
IXEMPRA INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG, 45 MG (<i>ixabepilone</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Estrógenos - 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
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG (<i>estramustine phosphate sodium</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásicos - Inhibidores de la Exportina-1 (XPO1) - Medicamentos para el Cáncer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (<i>selinexor</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor de Histona Metiltransferasa (HMT) EZH2 - Medicamentos para el Cáncer		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (<i>tazemetostat hydrobromide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibición de la Quinasa del Receptor del Factor de Crecimiento de Fibroblastos (FGFR) - Medicamentos para el Cáncer		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG (<i>erdafitinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG (<i>panobinostat lactate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ISTODAX INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG/2 ML (<i>romidepsin</i>)	Nivel 4	PA
<i>romidepsin intravenous recon soln 10 mg/2 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>romidepsin intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (<i>vorinostat</i>)	Nivel 4	OCH
Antineoplásicos - Inhibidores del Factor Inducible por Hipoxia (HIF) - Medicamentos para el Cáncer		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (<i>belzutifan</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Interferones - Medicamentos para el Cáncer		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (<i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Inhibidores de la Interleucina-6 (IL-6), Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para el Cáncer		
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG (<i>siltuximab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Interleucinas - Medicamentos para el Cáncer		
PROLEUKIN INTRAVENOUS RECON SOLN 22 MILLION UNIT (<i>aldesleukin</i>)	Nivel 4	
Antineoplásicos - Inhibidores de Janus Kinase (JAK) - Medicamentos para el Cáncer		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Janus Kinase (JAK), Tirosina Quinasa Similar a FMS (FLT) Inhib - Medicamentos para el Cáncer		
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG (<i>fedratinib dihydrochloride</i>)	Nivel 4	PA; OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Combinación de Inhibidor de Quinasa e Inhibidor de Aromatasa - Medicamentos para el Cáncer		
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG (<i>ribociclib succinate/letrozole</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor de la Proteína del Sarcoma de Rata de Kirsten (KRAS) - Medicamentos para el Cáncer		
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG (<i>adagrasib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG (<i>sotorasib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Supresores Hipofisarios Análogos Agonistas de LHRH (GnRH) - Medicamentos para el Cáncer		
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (<i>leuprolide acetate</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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	Nivel 4	PA
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG (<i>goserelin acetate</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Antagonistas de LHRH (GnRH) Supresores Hipofisarios - Medicamentos para el Cáncer		
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (<i>relugolix</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para el Cáncer		
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antineoplásicos - Inhibidores de la Quinasa MEK1 y MEK2 - Medicamentos para el Cáncer		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (<i>cobimetinib fumarate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (<i>selumetinib sulfate/vitamin e tpgs</i>)	Nivel 4	PA; OCH
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (<i>binimetinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores de Microtúbulos - Medicamentos para el Cáncer		
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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
Antineoplásicos - Inhibidores Multiquinasas - Medicamentos para el Cáncer		
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG (<i>ponatinib hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (<i>regorafenib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores Mutantes de la Isocitrato Deshidrogenasa 1 (mIDH1) - Medicamentos para el Cáncer		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>olutasidenib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (<i>ivosidenib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores Mutantes de la Isocitrato Deshidrogenasa 2 (mIDH2) - Medicamentos para el Cáncer		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION 27 MCI/ML (1,000 MBQ/ML) (<i>lutetium lu-177 vipivotide tetraxetan</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Inhibidores de la Fosfatidilinositol 3-quinasa (PI3K) - Medicamentos para el Cáncer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (<i>duvelisib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>idelalisib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores de PI3K-alfa - Medicamentos para el Cáncer		
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) (<i>alpelisib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - inhibidores PI3K-Delta y Gamma - Medicamentos para el Cáncer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (<i>duvelisib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores PI3K-delta - Medicamentos para el Cáncer		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>idelalisib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Complejos de Platino - Medicamentos para el Cáncer		
<i>carboplatin intravenous recon soln 150 mg</i>	Nivel 4	
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cisplatin intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>cisplatin intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Poli (ADP-ribosa) Polimerasa (PARP) - Medicamentos para el Cáncer		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>olaparib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG (<i>rucaparib camsylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (<i>talazoparib tosylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>niraparib tosylate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Progestágenos - Medicamentos para el Cáncer		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	OCH
Antineoplásicos - Inhibidores de la Enzima Proteasoma - Medicamentos para el Cáncer		
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>bortezomib intravenous recon soln 3.5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>bortezomib intravenous solution 1 mg/ml, 2.5 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
KYPROLIS INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 30 MG, 60 MG (<i>carfilzomib</i>)	Nivel 4	PA
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG (<i>ixazomib citrate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores de la Proteína Tirosina Quinasa - Medicamentos para el Cáncer		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG (<i>repotrectinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG (<i>avapritinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (<i>bosutinib</i>)	Nivel 4	PA; OCH

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (bosutinib)	Nivel 4	PA; OCH
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Nivel 4	PA; OCH
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Nivel 4	PA; OCH
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (vandetanib)	Nivel 4	PA; OCH
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (tivozanib hcl)	Nivel 4	PA; OCH
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (fruquintinib)	Nivel 4	OCH
imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Nivel 4	PA; OCH
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Nivel 4	PA; OCH
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (axitinib)	Nivel 4	PA; OCH
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	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) (lenvatinib mesylate)	Nivel 4	PA; OCH
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Nivel 4	PA
pazopanib oral tablet 200 mg	Nivel 4	PA; OCH
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Nivel 4	PA; OCH
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Nivel 4	PA; OCH
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Nivel 4	PA; OCH

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (<i>midostaurin</i>)	Nivel 4	PA; OCH
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (<i>asciminib hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA; OCH
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (<i>dasatinib</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
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Degradadores Selectivos de los Receptores de Estrógeno (SERD) - Medicamentos para el Cáncer		
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	Nivel 4	PA
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG (<i>elacestrant hcl</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógeno (SERM)- Medicamentos para el Cáncer		
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML (<i>tamoxifen citrate</i>)	Nivel 2	OCH
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0	OCH; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásicos - Inhibidores Selectivos de la Exportación Nuclear (SINE)- Medicamentos para el Cáncer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (<i>selinexor</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Inhibidor Selectivo de la Quinasa RET - Medicamentos para el Cáncer		
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
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	Nivel 4	
<i>docetaxel intravenous solution 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 4	
JEVANA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (FIRST DILUTION) (<i>cabazitaxel</i>)	Nivel 4	
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i>	Nivel 4	PA
Antineoplásicos - Análogos de Talidomida - Medicamentos para el Cáncer		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA; OCH
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>pomalidomide</i>)	Nivel 4	PA; OCH
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>larotrectinib sulfate</i>)	Nivel 4	PA; OCH
Antineoplásico - Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGFR) Antag - Medicamentos para el Cáncer		
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>ramucirumab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Alcaloides y Análogos de la Vinca - Medicamentos para el Cáncer		
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 4	
Antibiótico Antineoplásico - Actinomicinas - Medicamentos para el Cáncer		
<i>dactinomycin intravenous recon soln 0.5 mg</i>	Nivel 4	
Antibiótico Antineoplásico - Antraciclinas - Medicamentos para el Cáncer		
<i>daunorubicin intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	Nivel 1	
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	Nivel 4	
<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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	Nivel 4	
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	
<i>mitomycin</i> (Mutamycin Intravenous Recon Soln 20 Mg, 40 Mg, 5 Mg)	Nivel 4	
ZANOSAR INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM (<i>streptozocin</i>)	Nivel 4	
Antineoplásico - Agente Alquilante-Tetrahydroisoquinolina y Derivados - Medicamentos para el Cáncer		
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (<i>trabectedin</i>)	Nivel 4	PA
ZEPZELCA INTRAVENOUS RECON SOLN 4 MG (<i>lurbinectedin</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-Anti-Ligando de Muerte Celular Programada-1 (PD-L1) MC Antib.- Medicamentos para el Cáncer		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>avelumab</i>)	Nivel 4	PA
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>durvalumab</i>)	Nivel 4	PA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML) (<i>atezolizumab</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-Anti-Receptor de Muerte Celular Programada-1 (PD-1) MC Antib. - Medicamentos para el Cáncer		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>dostarlimab-gxly</i>)	Nivel 4	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>pembrolizumab</i>)	Nivel 4	PA
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>cemiplimab-rwlc</i>)	Nivel 4	PA
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML) (<i>toripalimab-tpzi</i>)	Nivel 4	PA
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML (<i>nivolumab</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML (<i>retifanlimab-dlwr</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-CD22 Anticuerpo Específico/Conjugado Antibiótico Citotóxico - Medicamentos para el Cáncer		
BESPONSA INTRAVENOUS RECON SOLN 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) (<i>inotuzumab ozogamicin</i>)	Nivel 4	PA
Conjugado Disruptor de Microtúbulos y Anticuerpo Dirigido Antineoplásico-CD30 - Medicamentos para el Cáncer		
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG (<i>brentuximab vedotin</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico-CD33 Anticuerpo Específico y Conjugado de Antibiótico Citotóxico - Medicamentos para el Cáncer		
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) (<i>gemtuzumab ozogamicin</i>)	Nivel 4	PA
Conjugado Disruptor de Microtúbulos y Anticuerpo Directo antineoplásico-CD79b - Medicamentos para el Cáncer		
POLIVY INTRAVENOUS RECON SOLN 140 MG, 30 MG (<i>polatuzumab vedotin-piiq</i>)	Nivel 4	PA
Antineoplásico HER2 Conjugado Anticuerpo Dirigido-Inhibidor de Microtúbulos- Medicamentos para el Cáncer		
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG (<i>ado-trastuzumab emtansine</i>)	Nivel 4	PA
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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TCR Monoclonal Inmunomovilizador Contra el Cáncer (ImmTAC)- Medicamentos para el Cáncer		
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (<i>tebentafusp-tebn</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Rescate de Metotrexato - Tipo Carboxipeptidasa G2 - Medicamentos para el Cáncer		
VORAXAZE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (<i>glucarpidase</i>)	Nivel 4	
Agentes de Rescate de Metotrexato - Medicamentos para el Cáncer		
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG, 300 MG (<i>levoleucovorin</i>)	Nivel 4	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 200 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution 10 mg/ml</i>	Nivel 4	
VORAXAZE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (<i>glucarpidase</i>)	Nivel 4	
Agentes de Rescate de Metotrexato - Tipo Antagonista del Ácido Fólico - Medicamentos para el Cáncer		
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG, 300 MG (<i>levoleucovorin</i>)	Nivel 4	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium injection recon soln 200 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	OCH
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	OCH

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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	
Agentes Protectores del Tracto Urinario Utilizados Junto con la Quimioterapia - Medicamentos para el Cáncer		
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (<i>mesna</i>)	Nivel 3	OCH
Antisépticos y Desinfectantes - Antisépticos y Desinfectantes		
Antisépticos - Alcoholes - Antisépticos y Desinfectantes		
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
<i>alcohol swabs topical pads, medicated</i>	Nivel 3	DD
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
IV PREP WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
PRO COMFORT ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
PURE COMFORT ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	Nivel 3	DD
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 - 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
ABRYSSO INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML (<i>respiratory syncytial virus vaccine, pref a and b/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 59 AÑOS DE EDAD O MENOS Y NO TENER HISTORIAL DE AREXVY|\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 60 AÑOS DE EDAD O MÁS
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML (<i>respiratory syncytial virus vacc. antigen/as01e adjuvant/pf</i>)	\$0	\$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1, Y SURTIR 1 EN 365 DÍAS Y 60 AÑOS DE EDAD O MÁS
Biológicos - Agentes Biológicos		
Extractos Alergénicos - Polen de Hierba - Agentes Biológicos		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU (<i>allergenic extract,grass pollen-timothy,standard</i>)	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 INDX REACTIVITY, 300 INDX REACTIVITY (<i>grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/kentucky/timothy, std.</i>)	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 IR (3) /300 IR (6) (<i>grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/kentucky/timothy, std.</i>)	Nivel 3	PA
Extractos Alergénicos - Extractos de Ácaros - Agentes Biológicos		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (<i>allergenic extract, mite-d.farinae-d.pteronysinus,standard</i>)	Nivel 2	PA
Extractos alérgicos - Polen de Malez - Agentes Biológicos		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT (<i>allergenic extract-weed pollen-short ragweed</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
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		
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (<i>palivizumab</i>)	Nivel 4	PA
Productos Químicos, Alimentos, Irritantes/Alergénicos - Agentes Biológicos		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED (<i>chemical allergens</i>)	Nivel 3	
Combinaciones de Vacunas contra la Hepatitis A y la Hepatitis B - Vacunas		
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML (<i>hepatitis a virus and hepatitis b virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 4 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacuna Contra la Hepatitis A - Agentes Únicos - Vacunas		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacunas Contra la Hepatitis B - Agentes Únicos - Vacunas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 4 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 4 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b vaccine recombinant/vaccine adjuvant cpq 1018/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant,isoform s,m,l/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 3 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 3 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 3 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Inmunoglobulina - Citomegalovirus (CMV) - Agentes Biológicos		
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>cytomegalovirus immune globulin (human)</i>)	Nivel 4	
Inmunoglobulina - Gammaglobulina (IgG), humana - Agentes Biológicos		
ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (<i>immune globulin,gamma (igg)-slra human</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
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
GAMASTAN S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE <i>(immune globulin,gamma(igg)/glycine)</i>	Nivel 4	PA
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % <i>(immune globulin,gamm(igg)/glycine/iga greater than 50 mcg/ml)</i>	Nivel 4	PA
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM <i>(immune globulin,gamm(igg)/glycine/glucose/iga 0 to 50 mcg/ml)</i>	Nivel 4	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) <i>(immune globulin,gamma(igg)/glycine/iga average 46 mcg/ml)</i>	Nivel 4	PA

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SYRINGE 220 UNIT/ML (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	Nivel 3	
HYPERHEP B NEONATAL INTRAMUSCULAR SYRINGE 110 UNIT/0.5 ML (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	Nivel 3	
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION GREATER THAN 1,560 UNIT/5 ML, GREATR THAN 312 UNIT/ML (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	Nivel 3	
Inmunoglobulina- Rho(D) - Agentes Biológicos		
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,500 UNIT (300 MCG), 250 UNIT (50 MCG) (<i>rho(d) immune globulin</i>)	Nivel 3	
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 250 UNIT (50 MCG) (<i>rho(d) immune globulin</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML (<i>rho(d) immune globulin/maltose</i>)	Nivel 4	
Inmunoglobulina - Varicela-Zoster - Agentes Biológicos		
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2 ML (<i>varicella-zoster immune globulin/maltose</i>)	Nivel 3	
Sueros Inmunes - Agentes Biológicos		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>lymphocyte immune globulin,antithymocyte (equine)</i>)	Nivel 4	
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS RECON SOLN 25 MG (<i>anti-thymocyte globulin,rabbit</i>)	Nivel 4	
Formulaciones de Vacunas Vivas y Virus Vivos - Vacunas		
<i>adenovirus vac live type-4, 7 oral tablet,delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet,delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet,delayed release (dr/ec)</i>	Nivel 3	
FLUMIST QUAD 2023-2024 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (<i>influenza vaccine quadrivalent live 2023-2024 (2 yrs-49 yrs)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 1 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 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
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, g1p(8)</i>)	Nivel 3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral pentavalent</i>)	Nivel 3	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (<i>varicella virus vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (<i>cholera vaccine, live</i>)	Nivel 3	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (<i>cholera vaccine, live</i>)	Nivel 3	
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (<i>typhoid vacc, live, attenuated</i>)	Nivel 3	
Agentes Desensibilizantes al Maní - Agentes Biológicos		
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X1) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA INITIAL DOSE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (<i>peanut allergen powder-dnfp</i>)	Nivel 4	PA
Combinaciones de Vacunas Toxoides - Vacunas		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 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
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adult</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacuna Bacteriana - Bacilos Gramnegativos (No Entéricos) - Vacunas		
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (<i>typhoid vacc, live, attenuated</i>)	Nivel 3	
Vacuna Bacteriana - Cocos Gramnegativos - Vacunas		
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML (<i>meningococcal vaccine a,c,y and w-135,conj tetanus toxoid/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 11 A 23 AÑOS

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML (<i>meningococcal vaccine a,c,y,w-135,diphtheria toxoid conj/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 11 A 23 AÑOS
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML (<i>meningococcal vaccine a,c,y,w-135,diphtheria toxoid conj/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 11 A 23 AÑOS
Vacuna Bacteriana - Cocos grampositivos - Vacunas		
PNEUMOVAX-23 INJECTION SOLUTION 25 MCG/0.5 ML (<i>pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (<i>pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (diphtheria crm)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (diphtheria crm)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 0.5 EN 365 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacuna Bacteriana - Vacunas Meningocócicas Del Grupo B - Vacunas		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (<i>meningococcal group b vaccine, 4-component</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 10 A 25 AÑOS

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (<i>neisseria meningitidis group b, lipidated ffbp recombinant</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1.5 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 10 A 25 AÑOS
Vacuna bacteriana - Bacilos Productores de Toxinas - Vacunas		
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (<i>cholera vaccine, live</i>)	Nivel 3	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (<i>cholera vaccine, live</i>)	Nivel 3	
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 2023-24 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 30 MCG/0.3 ML (<i>covid vac 2023-24 (12 yr and up) xbb.1.5 (raxtozinameran)/pf</i>)	\$0	EHB
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML (<i>covid vac 2023-24 (12 yr and up) xbb.1.5 (raxtozinameran)/pf</i>)	\$0	EHB
MODERNA COVID 23-24(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 MCG/0.25 ML (<i>covid vaccine 2023-24 (6 mo-11 yrs) xbb.1.5 (andusomeran)/pf</i>)	\$0	EHB
NOVAVAX COVID 2023-24(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 MCG/0.5 ML (<i>covid vacc 2023-24 xbb.1.5, recomb/adjuvant-matrix/pf</i>)	\$0	EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML (covid vac 2023-2024 (5-11 years) xbb.1.5 (raxtozinameran)/pf)	\$0	EHB
PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3 MCG/0.3 ML (covid vac 2023-24 (6 mos-4 yrs) xbb.1.5 (raxtozinameran)/pf)	\$0	EHB
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 MCG/0.5 ML (covid vacc 2023-24 (12 yrs and up) xbb.1.5 (andusomeran)/pf)	\$0	EHB
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (covid vacc 2023-24 (12 yrs and up) xbb.1.5 (andusomeran)/pf)	\$0	EHB
Vacuna Viral – Vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) - Vacunas		
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/pf)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1.5 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 9 A 45 AÑOS; Age (Mín 9 Años y Máx 46 Años)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/pf)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 1.5 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 9 A 45 AÑOS; Age (Mín 9 Años y Máx 46 Años)
Vacuna Viral - Influenza A y B - Vacunas		
AFLURIA QD 2023-24(3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (36 mos up)/pf)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (6 mos and up)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUAD QUAD 2023-24(65Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza vaccine quadrivalent 2023-24 (65 yr up)/mf59c.1/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5, SURTIR 1 EN 180 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS
FLUARIX QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival 2023-2024(6 mos and up)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUBLOK QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine qv 2023-24(18 yrs and older)rcmb/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5, SURTIR 1 EN 180 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>flu vaccine quad 2023-2024(6 month and older)cell derived/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>flu vaccine quadriv 2023-2024(6 month and older)cell derived</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLULAVAL QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival 2023-2024(6 mos and up)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUMIST QUAD 2023-2024 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (<i>influenza vaccine quadrivalent live 2023-2024 (2 yrs-49 yrs)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 1 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUZONE HIGHDOSE QUAD 23-24 PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 240 MCG/0.7 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival split 2023-24(65 yr up)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.7, SURTIR 1 EN 180 DÍAS Y 65 AÑOS DE EDAD O MÁS

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FLUZONE QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival 2023-2024(6 mos and up)/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
FLUZONE QUAD 2023-2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (6 mos and up)</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 0.5 Y SURTIR 1 EN 180 DÍAS
Vaccine Viral - Measles - Vacunas		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacuna viral - Paperas y Afines - Vacunas		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacuna Viral - Rotavirus - Vacunas		
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, g1p(8)</i>)	Nivel 3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral pentavalent</i>)	Nivel 3	
Vacuna Viral - Rubéola - Vacunas		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Vacuna Viral - Varicela - Vacunas		
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML (<i>varicella-zoster virus glycoprotein e,rec/as01b adjuvant/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 50 AÑOS DE EDAD O MÁS
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (<i>varicella virus vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Combinaciones Virales de Vacunas - Vacunas		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD SE LIMITA A 2 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Agentes de Terapia Cardiovascular		
Antagonista del Receptor de Endotelina-Angiotensina		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>sparsentan</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Terapia Cardiovascular - Medicamentos para el Corazón		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Combinaciones de Inhibidor de la ECA y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Inhibidores de la ECA (ACE) y Diuréticos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de la ECA (ACE) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	ST; QL (1200 ML por 30 días)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML (<i>lisinopril</i>)	Nivel 3	ST; QL (1200 ML por 30 días)
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
Antagonistas de los Receptores de Aldosterona - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>finerenone</i>)	Nivel 3	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueadores Alfa-Beta - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>carvedilol phosphate oral capsule, er multiphase 24 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Combinación de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (BRA) y Bloqueador de los Canales de Calcio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (ARA) - Bloqueador de los Canales de Calcio-Diurético - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II (BRA) y Diurético - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Nivel 1	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (<i>azilsartan medoxomil/chlorthalidone</i>)	Nivel 3	ST
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Bloqueador del Receptor de Angiotensina II e Inhibidor de Neprilisina (ARNi) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (<i>sacubitril/valsartan</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (<i>azilsartan medoxomil</i>)	Nivel 3	ST
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Antianginosos - Vasodilatadores Coronarios (Nitratos) - Medicamentos para la Angina		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Nivel 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Nivel 1	
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		

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Nivel 1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Nivel 1	
COLESTID FLAVORED ORAL PACKET 7.5 GRAM (<i>colestipol hcl</i>)	Nivel 3	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
Antihiperlipidémicos - Derivados del Ácido Fóbrico - Medicamentos para el Colesterol		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Nivel 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
Antihiperlipidémicos - Inhibidores de la HMG CoA Reductasa (Estatinas) - Medicamentos para el Colesterol		
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 2	ST
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (<i>evolocumab</i>)	Nivel 2	ST
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	Nivel 2	ST

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	Nivel 1	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG (diltiazem hcl)	Nivel 1	
diltiazem hcl (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
diltiazem hcl (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg)	Nivel 1	
diltiazem hcl (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		
nimodipine oral capsule 30 mg	Nivel 1	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 4	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 4	PA
Bloqueadores de los Canales de Calcio - Dihidropiridinas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	Nivel 1	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (levamlodipine maleate)	Nivel 3	PA
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	Nivel 1	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	Nivel 1	
levamlodipine oral tablet 5 mg	Nivel 1	PA
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg	Nivel 1	
nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg	Nivel 1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 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>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueadores de los Canales de Calcio - Fenilalquilaminas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidor de Miosina Cardíaca - Medicamentos para el Corazón		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>mavacamten</i>)	Nivel 4	PA
Bloqueador Beta Selectivo Cardíaco-Ciurético Tiazídico y Combinaciones Relacionadas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Terapia de Anafilaxia Agentes Únicos - Fármacos para Reacciones Alérgicas Graves		
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 SURTIDO)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML (<i>epinephrine</i>)	Nivel 2	QL (4 EA por 1 SURTIDO)
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Fármacos para Reacciones Alérgicas Graves		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Agonistas alfa-2 Centrales-Diuréticos Tiazídicos y Combinaciones Relacionadas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	Nivel 1	
Agonistas del Receptor Central Alfa-2 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Glucósidos Digitales - Medicamentos para el Corazón		
<i>digoxin</i> (Digitek Oral Tablet 125 Mcg (0.125 Mg), 250 Mcg (0.25 Mg))	Nivel 1	
<i>digoxin</i> (Digox Oral Tablet 125 Mcg (0.125 Mg), 250 Mcg (0.25 Mg))	Nivel 1	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Nivel 2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	Nivel 1	PA
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG) (<i>digoxin</i>)	Nivel 2	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Diurético - Antagonista del Receptor de Aldosterona, No Selectivo - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diurético - Antagonista del Receptor de Aldosterona, Selectivo - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diurético - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diurético - Bucles - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	PA
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML (<i>furosemide</i>)	Nivel 3	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Diurético - Ahorrador de potasio - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diurético - Ahorrador de Potasio, Tiazida y Combinaciones Relacionadas - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Nivel 1	
Diurético - Antagonistas Selectivos del Receptor de Arginina Vasopresina V2 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Nivel 4	QL (30 EA por 365 días)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Nivel 4	QL (60 EA por 365 días)
Diurético - Tiazidas y Afines - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML (<i>chlorothiazide</i>)	Nivel 3	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de Canales Activados por Nucleótidos Cíclicos activados por Hiperpolarización - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (<i>ivabradine hcl</i>)	Nivel 2	QL (20 ML por 1 día)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (<i>ivabradine hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
Antagonistas de los Receptores Muscarínicos (Anticolinérgicos) - Medicamentos para Ritmos Cardíacos Anormales		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ATROPEN INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 0.5 MG/0.7 ML, 1 MG/0.7 ML (<i>atropine sulfate</i>)	Nivel 3	
Bloqueador Beta Selectivo No Cardíaco-Diurético Tiazídico y Combinaciones Relacionadas. - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
Agentes HAP - Agonistas Selectivos del Receptor de Prostaciclina (IP) - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG (<i>selexipag</i>)	Nivel 4	PA
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (<i>selexipag</i>)	Nivel 4	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60) (<i>selexipag</i>)	Nivel 4	PA
Bloqueadores de los Receptores Periféricos Alfa-1 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 4 MG, 8 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	Nivel 3	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Vasodilatadores Periféricos, Agentes Únicos - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>papaverine injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
Feocromocitoma, Agentes a Tratar - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>metyrosine 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
Agentes Inhibidores de la Calicreína Plasmática, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Medicamentos para el Corazón		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (<i>lanadelumab-flyo</i>)	Nivel 4	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (<i>lanadelumab-flyo</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Inhibidores de la Calicreína Plasmática, Proteína Recombinante - Medicamentos para el Corazón		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (1 ML) (<i>ecallantide</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Inhibidores de la Calicreína Plasmática, Molécula Pequeña - Medicamentos para el Corazón		
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (<i>berotralstat hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antihipertensivos Pulmonares - Tipo Prostaciclina - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>epoprostenol intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 4	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (42) (<i>treprostinil diolamine</i>)	Nivel 4	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (<i>treprostinil diolamine</i>)	Nivel 4	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	Nivel 4	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	Nivel 4	PA
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16 MCG (112)- 32 MCG (84), 16(112)-32(112) -48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG (<i>treprostinil</i>)	Nivel 4	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (<i>treprostinil</i>)	Nivel 4	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (<i>treprostinil/nebulizer and accessories</i>)	Nivel 4	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (<i>treprostinil/nebulizer accessories</i>)	Nivel 4	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (<i>treprostinil/nebulizer and accessories</i>)	Nivel 4	PA
VELETRI INTRAVENOUS RECON SOLN 0.5 MG, 1.5 MG (<i>epoprostenol sodium</i>)	Nivel 4	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (<i>iloprost tromethamine</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antihipertensivos Pulmonares - Estimulador de Guanilato Ciclasa Soluble - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG (<i>riociguat</i>)	Nivel 4	PA
Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas del Receptor de Endotelina - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Hipertensión Arterial Pulmonar - Inhibidores Selectivos de cGMP-PDE5 - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (<i>sildenafil citrate</i>)	Nivel 4	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 4	PA
Inhibidor de Renina Directo - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Vasodilatadores - Medicamentos para la Presión Arterial Alta		
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes del Sistema Nervioso Central - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
Agentes para Tratar las Cefaleas en Racimos Episódicas - Medicamentos para Migrañas		
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Nivel 2	PA
Agente Ansiolítico - Tipo Antihistamínico - Medicamentos para la Ansiedad		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agente Ansiolítico - Benzodiacepinas - Medicamentos para la Ansiedad		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (<i>alprazolam</i>)	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam</i> (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/MI)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam</i> (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/MI)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
Agente Ansiolítico - Tipo Dicarbamato - Medicamentos para la Ansiedad		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Agente Ansiolítico - No Benzodiacepina - Medicamentos para la Ansiedad		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivos - Antagonistas del Receptor de Glutamato Tipo AMPA - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (<i>perampanel</i>)	Nivel 3	ST; QL (680 ML por 28 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (<i>perampanel</i>)	Nivel 3	ST; QL (30 EA por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (<i>perampanel</i>)	Nivel 3	ST; QL (120 EA por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (<i>perampanel</i>)	Nivel 3	ST; QL (60 EA por 30 días)
Anticonvulsivos - Barbitúricos y Derivados - Medicamentos para Convulsiones/Trastorno de Personalidad/Neuralgia		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivante - Benzodiazepinas - 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	
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
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	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (phenytoin sodium extended)	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		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 3	ST; 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	
carbamazepine oral tablet 200 mg	Nivel 1	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 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	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	Nivel 3	ST; QL (4 EA por 1 día)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 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, extended release 24hr 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 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 Feniltriaquina - 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
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (6 EA por 1 día)
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine</i> (Subvenite 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	
<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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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) (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 EA por 1 día)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antidepresivo -Antagonistas de los Receptores Alfa-2 (NaSSA) - Medicamentos para la Depresión		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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	PA
Antidepresivo - Modulador del Receptor Esteroide Neuroactivo GABA-A - Medicamentos para la Depresión		
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (<i>brexanolone</i>)	Nivel 3	
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG (<i>zuranolone</i>)	Nivel 2	PA
Antidepresivo - Antagonista del Receptor de N-metil D-aspartato (NMDA) - Medicamentos para la Depresión		
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) (<i>esketamine hcl</i>)	Nivel 4	PA
Antidepresivo - Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)- Medicamentos para la Depresión		
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) (<i>levomilnacipran hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (<i>levomilnacipran hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (<i>milnacipran hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - ISRS y Agonista Parcial 5HT1A - Medicamentos para la Depresión		
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST
Antidepresivo - Modulador del Receptor ISRS y Serotonina (5-HT) - Medicamentos para la Depresión		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (<i>vortioxetine hydrobromide</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antidepresivo - Combinación Tricíclica y Antipsicótica, Fenotiazina - Medicamentos para la Depresión		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - Combinaciones Tricíclicas y Benzodiazepinas - Medicamentos para la Depresión		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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 Dopaminérgico 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	
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML (<i>carbidopa/levodopa</i>)	Nivel 4	PA
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG (<i>carbidopa/levodopa</i>)	Nivel 3	ST; QL (10 EA por 1 día)
Adyuvante Antiparkinsoniano - Antagonista del Receptor de Adenosina - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (<i>istradefylline</i>)	Nivel 4	PA
Adyuvante Antiparkinsoniano - Inhibidores de COMT Centrales/Periféricos - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
Adyuvante Antiparkinsoniano - Inhibidores Periféricos de la COMT - Medicamentos para Tratar el Parkinson		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (<i>opicapone</i>)	Nivel 3	PA
Adyuvante Antiparkinsoniano - Inhibidores Periféricos de la Dopa-Descarboxilasa - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Antiparkinsoniana - Agentes Anticolinérgicos - Medicamentos para Tratar el Parkinson		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Antiparkinsoniana - Precusores 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR (<i>rotigotine</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antipsicótico - Atyp Dopamina-Serotonina Antag Dibenzo- Oxepino Pirroles - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR (<i>asenapine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antipsicótico - Dopamina-Serotonina Atípica Antag- Bencisotiazolinona - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<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		
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)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	Nivel 4	QL (1.75 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 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 ABDOMINAL 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	
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicótico - Derivados de la Dibenzoxazepina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 10 MG (<i>loxapine</i>)	Nivel 4	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicótico - Dihidroindolonas - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 1 día)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicótico - Derivados de Difenilbutilpiperidina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicótico - Fenotiazinas, Piperidina - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicótico - Tioxantenos - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicótico -Dopamina Atípica-Serotonina Antag-Dibenzotiazepina Der - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG (<i>olanzapine pamoate</i>)	Nivel 4	QL (1 EA por 28 días)
Agonistas Inversos Antipsicóticos-Atyp Selectivos de Serotonina 5-HT_{2A} (SSIA) - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (<i>pimavanserin tartrate</i>)	Nivel 4	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (<i>pimavanserin tartrate</i>)	Nivel 4	PA
Antipsicótico Atípico, Agonista Parcial del Receptor D₂, Serotonina 5HT Mixta - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 4	QL (2.4 ML por 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 4	QL (3.2 ML por 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 4	QL (1 EA por 26 días)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 4	QL (1 EA por 26 días)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	ST
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	Nivel 4	QL (3.9 ML por 14 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 441 MG/1.6 ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	Nivel 4	QL (1.6 ML por 14 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	Nivel 4	QL (2.4 ML por 14 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	Nivel 4	QL (3.2 ML por 14 días)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>brexpiprazole</i>)	Nivel 2	ST; 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	ST; 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)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6) (<i>cariprazine hcl</i>)	Nivel 2	QL (7 EA por 28 días)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Déficit de Atención-Hiperactividad. Trastorno por Déficit de Atención (TDAH)(ADHD) - Agonista del Receptor alfa-2 - Medicamentos para Trastorno por Déficit de Atención		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (<i>amphetamine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>amphetamine oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Nivel 1	ST; QL (450 ML por 30 días)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
AZSTARYS ORAL CAPSULE 26.1 MG- 5.2 MG, 39.2 MG- 7.8 MG, 52.3 MG- 10.4 MG (<i>serdexmethylphenidate chloride/dexmethylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 17.3 MG, 8.6 MG (<i>methylphenidate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG (<i>methylphenidate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>dexmethylphenidate oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (90 EA por 30 days)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (<i>amphetamine</i>)	Nivel 3	ST; QL (240 ML por 30 días)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (<i>amphetamine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
JORNAY PM ORAL CAPSULE,DEL REL,EXT REL SPRINK 100 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral cap,er sprinkle,biphasic 40-60 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 20 MG, 40 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 30 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; 120mL BOTELLA; QL (240 ML por 30 días)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; 150mL BOTELLA; QL (300 ML por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; 180mL BOTELLA; QL (360 ML por 30 días)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 3	ST; 60mL BOTELLA; QL (60 ML por 30 días)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día);
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día);
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (<i>dextroamphetamine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día); Age (Mín 6 Años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST; QL (90 EA por 30 días)
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); Age (Mín 6 Años)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG (<i>viloxazine hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día); Age (Mín 6 Años)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (<i>viloxazine hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (3 EA por 1 día); Age (Mín 6 Años)
Benzodiazepinas - 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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML por 30 días)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)</i>	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>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam oral syrup 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (<i>midazolam</i>)	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (<i>diazepam</i>)	Nivel 3	QL (10 EA por 30 días)
Agentes de Terapia Bipolar -Tipo Anticonvulsivos - Medicamentos para Convulsiones/Trastornos de Personalidad/Neuralgia		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 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	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 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
<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/samidorphane maleate</i>)	Nivel 3	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (<i>cariprazine hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6) (<i>cariprazine hcl</i>)	Nivel 2	QL (7 EA por 28 días)
<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>amphetamine oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Nivel 1	ST; QL (450 ML por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
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)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (<i>dextroamphetamine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día); Age (Mín 6 Años)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST; QL (90 EA por 30 días)

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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 3	PA
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	Nivel 3	PA
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Nivel 2	PA
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Nivel 2	PA
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML (<i>eptinezumab-jjmr</i>)	Nivel 4	PA
Terapia para Migraña - Bloqueadores del Receptor CGRP (gepants y mAb)- Medicamentos para Migrañas		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML (<i>erenumab-aooe</i>)	Nivel 2	PA
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG (<i>rimegepant sulfate</i>)	Nivel 2	PA
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG (<i>atogepant</i>)	Nivel 2	PA
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>ubrogepant</i>)	Nivel 2	PA
ZAVZPRET NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (<i>zavegepant hcl</i>)	Nivel 3	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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); Age (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 (12 EA por 30 días)
<i>eletriptan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (12 EA por 30 días)
<i>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (18 EA por 30 días)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 15 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 5 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (5 ML por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML por 28 días)
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (6 EA por 15 días)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan</i> (Zomig Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Nivel 1	ST; QL (12 EA por 30 días)
Terapia para Migraña - Agonistas Selectivos de la Serotonina 5-HT(1F) - Medicamentos para Migrañas		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>lasmiditan succinate</i>)	Nivel 2	PA
Terapia con Medicamento para los Trastornos del Movimiento - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS, DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS, DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
INGREZZA INITIATION PACK 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
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	PA
Terapia de Trastornos del Movimiento - Enfermedad de Huntington - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
<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		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 4	PA
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (<i>valbenazine tosylate</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
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia y la Cataplexia, Tipo Sedante, Medicamentos para Trastorno del Sueño		
LUMRYZ ORAL EXTEND RELEASE GRANULES, PACKET 4.5 GRAM, 6 GRAM, 7.5 GRAM, 9 GRAM (<i>sodium oxybate</i>)	Nivel 4	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (<i>sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Inhibidor de la Recaptación de Dopamina y NE (DNRI) - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	Nivel 3	PA
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Antagonista del Receptor H3/Agonista Inverso - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG, 4.45 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	Nivel 4	PA
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
Agentes Terapéuticos para la Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpaticomimético, Anfetaminas - Medicamentos para Trastorno del Sueño		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (3 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<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 (Zenzedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)</i>	Nivel 3	ST; QL (90 EA por 30 días)
Agentes del Efecto Pseudobulbar (PBA), Tipo Antagonistas de NMDA - Medicamentos para Trastornos Mentales Graves		
NUEDEXTA 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
Sedantes-Hipnóticos - Benzodiazepinas - Medicamentos para Trata el Insomnio		
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>midazolam oral syrup 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<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 Trata el Insomnio		
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
Sedantes-Hipnóticos - Antagonista del Receptor de Orexina - Medicamentos para Trata 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 Trata el Insomnio		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (<i>dexmedetomidine hcl</i>)	Nivel 3	PA
Sedantes-Hipnóticos - Tipo de Antidepresivo Tricíclico - Medicamentos para Trata 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>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		
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (<i>lofexidine hcl</i>)	Nivel 3	PA
Agentes para la Abstinencia de Opioides, Tipo Opiode - Medicamentos para Tratar la Adicción a Opioides		
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 128 MG/0.36 ML (<i>buprenorphine</i>)	Nivel 4	ST; QL (0.36 ML por 21 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 16 MG/0.32 ML (<i>buprenorphine</i>)	Nivel 4	ST; QL (0.32 ML por 5 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 24 MG/0.48 ML (<i>buprenorphine</i>)	Nivel 4	ST; QL (0.48 ML por 5 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 32 MG/0.64 ML (<i>buprenorphine</i>)	Nivel 4	ST; QL (0.64 ML por 5 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 64 MG/0.18 ML (<i>buprenorphine</i>)	Nivel 4	ST; QL (0.18 ML por 21 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 8 MG/0.16 ML (<i>buprenorphine</i>)	Nivel 4	ST; QL (0.16 ML por 5 días)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 96 MG/0.27 ML (<i>buprenorphine</i>)	Nivel 4	ST; QL (0.27 ML por 21 días)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML, 300 MG/1.5 ML (<i>buprenorphine</i>)	Nivel 4	PA
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG (<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG (<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
Terapia de Abstinencia de Alcohol - Tipo de Sistema Glutamato y GABA - Medicamentos para Tratar la Adicción al Alcohol		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	Nivel 1	
Terapia de Abstinencia de Alcohol - Tipo Antagonista de los Receptores de Opioides - Medicamentos para Tratar la Adicción al Alcohol		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 380 MG (<i>naltrexone microspheres</i>)	Nivel 4	
Elementos Disuasorios del Alcohol - Medicamentos para Tratar la Adicción al Alcohol		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Elementos Disuasivos para Fumar - Tipo NE e Inhibidor de la Recaptación de Dopamina (NDRI) - Medicamentos para Tratar la Adicción al Tabaquismo		
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 2 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
<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 INHALATION CARTRIDGE 10 MG (<i>nicotine</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 168 EN 10 DÍAS, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (168 EA por 10 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
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML (<i>nicotine</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 10 EN 2 DÍAS, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365, Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (10 ML por 2 días)
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (<i>nicotine polacrilex</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 24 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
QUIT 2 BUCCAL LOZENGE 2 MG (<i>nicotine polacrilex</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 20 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
QUIT 4 BUCCAL GUM 4 MG (<i>nicotine polacrilex</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 24 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
QUIT 4 BUCCAL LOZENGE 4 MG (<i>nicotine polacrilex</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 20 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
STOP SMOKING AID BUCCAL LOZENGE 2 MG, 4 MG (<i>nicotine polacrilex</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 20 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 EN 365 DÍAS Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS
Elementos Disuasivos para Fumar - Agonista Parcial del Receptor Nicotínico, alfa4beta2 - Medicamentos para Tratar la Adicción al Tabaquismo		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 2 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (2 EA por 1 día)
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 2 EN 1 DÍA, LIMITADO A 180 DÍAS EN 365 Y 18 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (2 EA por 1 día)
Coadyuvantes Químicos-Farmacéuticos		
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos de Inhalación		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 % (<i>sodium chloride for inhalation</i>)	Nivel 3	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % (<i>sodium chloride for inhalation</i>)	Nivel 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % (<i>sodium chloride for inhalation</i>)	Nivel 3	
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Nivel 1	
Adyuvante Farmacéutico - Adyuvantes de Vacunas		
VAXCHORA BUFFER COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>cholera vaccine buffer component</i>)	Nivel 3	
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos		
Agentes para el Síndrome de Rett - Análogos del Lipromato (GPE)		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML (<i>trofinetide</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
Terapia de la Enfermedad de Alzheimer - Anticuerpo Monoclonal Dirigido a Amiloide - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
ADUHELM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML (<i>aducanumab-avwa</i>)	Nivel 4	PA
LEQEMBI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML (<i>lecanemab-irmb</i>)	Nivel 4	PA
Terapia de la Enfermedad de Alzheimer - Inhibidores de Colinesterasa - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MG/24 HOUR, 5 MG/24 HOUR (<i>donepezil hcl</i>)	Nivel 3	PA
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML por 30 días)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
Terapia de la Enfermedad de Alzheimer - Antagonistas del Receptor NMDA - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (30 EA por 30 días)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>memantine oral tablets,dose pack 5-10 mg</i>	Nivel 1	QL (49 EA por 28 días)
NAMENDA XR ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG (<i>memantine hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (28 EA por 28 días)
Thx de Alzheimer - Antag del receptor NMDA y Combinaciones Inhibidor de Colinesterasa - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG (<i>memantine hcl/donepezil hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (28 EA por 28 días)
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG (<i>memantine hcl/donepezil hcl</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
Terapia para Tratar Trastornos Cognitivos - Vasodilatadores Cerebrales - Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
Anticonceptivos - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
Anticonceptivo - Modulador del pH Vaginal - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (<i>lactic acid/citric acid/potassium bitartrate</i>)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Implantado - Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (<i>etonogestrel</i>)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Inyectable - Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 150 MG/ML <i>(medroxyprogesterone acetate)</i>	\$0	CT; EHB
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML <i>(medroxyprogesterone acetate)</i>	\$0	CT; EHB
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0	CT; EHB
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Intrauterino - DIU de Cobre - Píldoras Anticonceptivas		
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM <i>(copper)</i>	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Intrauterino - DIU de Progesterona - Píldoras Anticonceptivas		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HRS (5 YRS) 19.5 MG <i>(levonorgestrel)</i>	\$0	CT; EHB
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HRS (8 YRS) 52 MG <i>(levonorgestrel)</i>	\$0	CT; EHB
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24 HOURS (8 YRS) 52 MG <i>(levonorgestrel)</i>	\$0	CT; EHB
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HRS (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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (Azurette (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
CAMRESE LO ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Jaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Kariva (28) Oral Tablet 0.15-0.02 MgX21 /0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0	CT; EHB
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Lojaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.1 Mg-20 Mcg (84)/10 Mcg (7))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (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 Mg x 21 / 0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Volnea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mg x 21 / 0.01 Mg X 5)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Oral - Monofásico - Píldoras Anticonceptivas		
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Altavera (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Amethyst (28) Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)	\$0	CT; EHB
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	\$0	CT; EHB
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Estarylla Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemmyly Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
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

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (Kalliga Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1-50 (28) Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Kurvelo (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Larin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
LAYOLIS FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4) (norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	\$0	CT; EHB
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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Mili Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
MINASTRIN 24 FE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG-20 MCG(24) /75 MG (4) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) (drospirenone/estetrol)	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	\$0	CT; EHB
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	\$0	CT; EHB
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0	CT; EHB
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0	CT; EHB
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Nymyo Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Portia 28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
SAFYRAL ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG (21) (7) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1-20 Eq (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
TAYTULLA ORAL CAPSULE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	\$0	CT; EHB
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	\$0	CT; EHB
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	\$0	CT; EHB
ethinyl estradiol/drospirenone (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Wymzya Fe Oral Tablet,Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	\$0	CT; EHB
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol</i> (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Oral - Progestina - Píldoras Anticonceptivas		
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG (<i>norethindrone</i>)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	\$0	CT; EHB
ORTHO MICRONOR ORAL TABLET 0.35 MG (<i>norethindrone</i>)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) (<i>drospirenone</i>)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone</i> (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Píldoras Anticonceptivas		
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	\$0	CT; EHB
NATAZIA ORAL TABLET 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG (<i>estradiol valerate/dienogest</i>)	\$0	CT; EHB
QUARTETTE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
Anticonceptivo Oral - Trifásico - Píldoras Anticonceptivas		
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Alyacen 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Enpresse Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG (<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	\$0	CT; EHB
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Nylia 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	\$0	CT; EHB
ORTHO TRI-CYCLEN (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG (28) (<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG (<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i>)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Nymyo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	\$0	CT; EHB
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	\$0	CT; EHB
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	\$0	CT; EHB

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 - Combinaciones Antiinfecciosas y Queratolíticas - Medicamentos para la Piel		
BP 10-1 TOPICAL CLEANSER 10-1 % (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (<i>sulfacetamide sodium/sulfur/urea</i>)	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 % (1 % base) -5 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Nivel 1	ST
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 % (1 % base) -3.75 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i> (Neuac Topical Gel 1.2 % (1 % Base) -5 %)	Nivel 1	
ROSULA CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 10-5 % (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	Nivel 1	
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	Nivel 3	
SSS 10-5 TOPICAL CREAM 10-5 % (W/W) (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	Nivel 1	
SSS 10-5 TOPICAL FOAM 10-5 % (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-2 %, 9-4 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Nivel 1	QL (1419 GM por 1 SURTIDO)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML por 1 SURTIDO)
Terapia Tópica del Acné - Combinaciones Antiinfecciosas y Retinoides - Medicamentos para la Piel		
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % (<i>adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate</i>)	Nivel 3	
CABTREG TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (<i>adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate</i>)	Nivel 3	PA
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (<i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DEOXIATAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (<i>tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (<i>tretinoin/dapsone/niacinamide</i>)	Nivel 3	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIADMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin</i>)	Nivel 3	
ONZDEAXIADMTAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (<i>tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (<i>tretinoin/niacinamide</i>)	Nivel 3	
OXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-4 % (<i>tretinoin/niacinamide</i>)	Nivel 3	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % (<i>tretinoin/niacinamide</i>)	Nivel 3	
Terapia Tópica del Acné - Retinoides y Derivados - Medicamentos para la Piel		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Máx 39 Años)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AKLIEF TOPICAL CREAM 0.005 % (<i>trifarotene</i>)	Nivel 3	ST; Age (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	Age (Máx 39 Años)
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.06 % (<i>tretinoin microspheres</i>)	Nivel 3	ST; Age (Máx 39 Años)
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Máx 39 Años)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Máx 39 Años)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.08 %</i>	Nivel 1	ST; Age (Máx 39 Años)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
Antipsoriático - Retinoide (Derivado de la Vitamina A) - Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel		
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % (<i>halobetasol propionate/tazarotene</i>)	Nivel 3	ST; QL (200 GM por 28 días)
Antipsoriático - Análogo de Vitamina D - Combinaciones de Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel		
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcipotriene-betamethasone topical suspension 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 % (<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>)	Nivel 3	ST
WYNZORA TOPICAL CREAM 0.005-0.064 % (<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>)	Nivel 3	ST
Agentes Antipsoriáticos - Inhibidores de Interleucina 12 e IL-23, Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Interleucina-23 (IL-23), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel		
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (<i>tildrakizumab-asmn</i>)	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antipsoriáticos - Inhibidor de Tirosina Quinasa 2 (TYK2) - Medicamentos para la Piel		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (<i>deucravacitinib</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Antipsoriáticos - Antagonista de Interleucina-17 (IL-17), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Piel		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML (<i>bimekizumab-bkzx</i>)	Nivel 4	PA
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML (<i>bimekizumab-bkzx</i>)	Nivel 1	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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	Nivel 4	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML (<i>secukinumab</i>)	Nivel 4	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (<i>secukinumab</i>)	Nivel 4	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (<i>brodalumab</i>)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 4	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 4	PA
Dermatitis - Inhibidores de Janus Kinase (JAK) - Medicamentos para la Piel		
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG (<i>abrocitinib</i>)	Nivel 4	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	Nivel 2	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG (<i>upadacitinib</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para la Dermatitis Sistémica - Inhibidores de la Interleucina-13 MAb - Medicamentos para la Piel		
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (<i>tralokinumab-ldrm</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para la Dermatitis, MAb Antagonista del Receptor Alfa de IL-4 Sistémico (IL-4Ra) - Medicamentos para la Piel		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Tópicos para Dermatitis o Eccema -Inhibidores de la Fosfodiesterasa-4 - Medicamentos para la Piel		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % (<i>crisaborole</i>)	Nivel 2	ST
Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Medicamentos para la Piel		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
Dermatológico - Antibacteriano Otro - Medicamentos para la Piel		
BASADROX TOPICAL GEL IN PACKET (<i>silver</i>)	Nivel 3	
CENTANY AT TOPICAL OINTMENT KIT 2 % (<i>mupirocin</i>)	Nivel 3	
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)
NORMLGEL AG TOPICAL GEL 0.11 % (<i>silver carbonate</i>)	Nivel 3	
<i>silver nitrate topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Quinolonas Antibacterianas - Medicamentos para la Piel		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % (<i>ozenoxacin</i>)	Nivel 3	ST
Dermatológico - Agente Antibacteriano y Antifúngico con Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel		
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Combinaciones de Antibacterianos y Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel		
NEO-SYNALAR KIT TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (<i>neomycin sulfate/fluocinolone acetonide/emollient comb no.65</i>)	Nivel 3	ST
NEO-SYNALAR TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (<i>neomycin sulfate/fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 3	ST
Dermatológico - Agentes Anticolinérgicos para el Tratamiento de la Hiperhidrosis - Medicamentos para la Piel		
QBREXZA TOPICAL TOWELETTE 2.4 % (<i>glycopyrronium tosylate</i>)	Nivel 2	PA
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	
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	QL (90 GM por 1 SURTIDO)

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Imidazol Antifúngico y Agentes Relacionados - Medicamentos para la Piel		
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
<i>econazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (170 GM por 1 SURTIDO)
ECOZA TOPICAL FOAM 1 % (<i>econazole nitrate</i>)	Nivel 3	
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 % (<i>sulconazole nitrate</i>)	Nivel 2	
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 % (<i>sulconazole nitrate</i>)	Nivel 2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM por 1 SURTIDO)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Nivel 1	QL (360 ML por 1 SURTIDO)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % (<i>ketoconazole/skin cleanser combination no.28</i>)	Nivel 3	
<i>luliconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST; QL (60 GM por 28 días)
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet topical ointment 0.25-15-81.35 %</i>	Nivel 1	
<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>tavorole topical solution with applicator 5 %</i>	Nivel 1	PA
Dermatológico - Combinaciones de Antifúngicos y Glucocorticoides - Medicamentos para la Piel		

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % (<i>alitretinoin</i>)	Nivel 4	QL (60 GM por 28 días)
Dermatológico - Agonista Antineoplásico Selectivo del Receptor del Retinoide X - Medicamentos para la Piel		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Nivel 4	PA
Dermatológico - Antitranspirantes - Medicamentos para la Piel		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % (<i>aluminum chloride</i>)	Nivel 2	
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % (<i>aluminum chloride</i>)	Nivel 2	
Dermatológico - Agentes Antipsoriáticos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Medicamentos para la Piel		
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes Sistémicos Antipsoriáticos, Derivados de la Vitamina A - Medicamentos para la Piel		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	
Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriáticos - Medicamentos para la Piel		
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcipotriene topical foam 0.005 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	ST
<i>calcitriol topical ointment 3 mcg/gram</i>	Nivel 1	ST
DIOOXIA TOPICAL CREAM 0.005-4 % (<i>calcipotriene/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % (<i>anthralin</i>)	Nivel 2	ST
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (<i>calcipotriene</i>)	Nivel 3	ST
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Máx 39 Años)

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 – Productos para Quemaduras - Medicamentos para la Piel		
NEXOBRID POWDER COMPONENT TOPICAL POWDER (<i>anacaulase-bcdb</i>)	Nivel 3	
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (<i>anacaulase-bcdb</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Productos para Quemaduras Antiinfecciosos - Medicamentos para la Piel		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % (<i>silver sulfadiazine</i>)	Nivel 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (<i>mafenide acetate</i>)	Nivel 3	
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (<i>mafenide acetate</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Inhibidores de Calcineurina - Medicamentos para la Piel		
NUJO TOPICAL SOLUTION 0.1 % (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 3	
<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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KATARAXAP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
KATARVIA TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
KEVARAXAP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
KEVARTIA TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
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	
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	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone/ascorbic acid/vit e acetate (d-alpha tocoph))	Nivel 3	
TRI-LUMA TOPICAL CREAM 0.01-4-0.05 % (fluocinolone acetonide/tretinoin/hydroquinone)	Nivel 3	
YOKATAR TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones de Emolientes Otros - 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
MB HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % (<i>emol53/e.water/namgfs/naphos/nacl/hypochlorous acid/nahypocl</i>)	Nivel 1	
Dermatológico - Mezclas de Emolientes - Medicamentos para la Piel		
ATRAPRO CP TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL (<i>emollient combination no.47/emollient combination no.60</i>)	Nivel 3	
PRESERA TOPICAL FOAM (<i>emollient combination no.80</i>)	Nivel 3	
XCLAIR TOPICAL CREAM (<i>hyaluronate sodium/vit e/emollient no.12/allantoin/sheatree</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Emolientes - Medicamentos para la Piel		
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Nivel 1	
KERASTAT TOPICAL CREAM (<i>keratin</i>)	Nivel 3	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (<i>keratin</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Enzimas - Medicamentos para la Piel		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (<i>collagenase clostridium histolyticum</i>)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Glucocorticoide - Medicamentos para la Piel		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Nivel 1	ST
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.025 % (flurandrenolide)	Nivel 3	ST
desonide topical cream 0.05 %	Nivel 1	
desonide topical gel 0.05 %	Nivel 1	ST
desonide topical lotion 0.05 %	Nivel 1	
desonide topical ointment 0.05 %	Nivel 1	
desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %	Nivel 1	
desoximetasone topical gel 0.05 %	Nivel 1	
desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %	Nivel 1	
desoximetasone topical spray, non-aerosol 0.25 %	Nivel 1	ST
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	Nivel 1	
fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %	Nivel 1	
fluocinolone topical oil 0.01 %	Nivel 1	
fluocinolone topical ointment 0.025 %	Nivel 1	
fluocinolone topical solution 0.01 %	Nivel 1	
fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %	Nivel 1	
fluocinonide topical gel 0.05 %	Nivel 1	
fluocinonide topical ointment 0.05 %	Nivel 1	
fluocinonide topical solution 0.05 %	Nivel 1	
fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 1	
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	Nivel 1	
flurandrenolide topical cream 0.05 %	Nivel 1	ST
flurandrenolide topical lotion 0.05 %	Nivel 1	
flurandrenolide topical ointment 0.05 %	Nivel 1	ST; QL (180 GM por 30 días)
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	Nivel 1	
fluticasone propionate topical lotion 0.05 %	Nivel 1	
fluticasone propionate topical ointment 0.005 %	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % (<i>halcinonide</i>)	Nivel 3	ST
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % (<i>halcinonide</i>)	Nivel 3	ST
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	ST; QL (236 ML por 30 días)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	ST
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyr-emollient topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	Nivel 1	ST
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (<i>hydrocortisone probutate</i>)	Nivel 3	ST; QL (160 GM por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (<i>hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no. 1</i>)	Nivel 2	
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (<i>betamethasone dipropionate</i>)	Nivel 3	ST
TEXACORT TOPICAL SOLUTION 2.5 % (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 2	ST
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (454 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Triderm Topical Cream 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Triderm Topical Cream 0.5 %)	Nivel 1	QL (454 GM por 30 días)
Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides Otros - Medicamentos para la Piel		
ACIOXIA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (<i>triamcinolone acetonide/pentoxifylline</i>)	Nivel 3	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (<i>desoximetasone/niacinamide</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides y Emolientes - Medicamentos para la Piel		
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % <i>(hydrocortisone acetate/aloe vera)</i>	Nivel 3	
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % <i>(fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)</i>	Nivel 3	QL (375 GM por 30 días)
SYNALAR OINTMENT KIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 0.025 % <i>(fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)</i>	Nivel 3	QL (375 GM por 30 días)
Dermatológico - Combinaciones de Glucocorticoides y Anestésicos Locales - Medicamentos para la Piel		
ANALPRAM-HC TOPICAL LOTION 2.5-1 % <i>(hydrocortisone acetate/pramoxine hcl)</i>	Nivel 2	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 TS TOPICAL KIT 0.01 % (<i>fluocinolone acetonide/skin cleanser comb no.28</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Inmunomodulador - Imidazoquinolinaminas - Medicamentos para la Piel		
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
Dermatológico - Inmunomodulador - Interferones - Medicamentos para la Piel		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5 MILLION UNIT/ML (<i>interferon alfa-n3</i>)	Nivel 4	
Dermatológico - Combinaciones de Inmunomoduladores - Medicamentos para la Piel		
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (<i>imiquimod/tretinoin/salicylic acid</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Queratolíticas Otros - Medicamentos para la Piel		
NENDRUX TOPICAL GEL 40-5 % (<i>salicylic acid/lidocaine</i>)	Nivel 3	
PRONAL TOPICAL GEL 10-40 % (<i>lactic acid/urea</i>)	Nivel 3	
URAMAXIN GT TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 45 % (<i>urea/emollient combination no.65</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Queratolíticas-Antimitóticas - Medicamentos para la Piel		
SALVAX DUO PLUS TOPICAL FOAM 6-35 % (<i>salicylic acid/urea</i>)	Nivel 3	
<i>silver nitrate applicators topical stick 75-25 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes Únicos Queratolíticos-Antimitóticos - Medicamentos para la Piel		
<i>cantharidin in acetone topical solution 0.7 %</i>	Nivel 1	
CEM-UREA TOPICAL GEL 45 % (<i>urea</i>)	Nivel 1	
HYDRO 35 TOPICAL FOAM 35 % (<i>urea</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
KERALYT SCALP COMPLETE TOPICAL KIT, SHAMPOO AND GEL 6-6 % (<i>salicylic acid</i>)	Nivel 3	
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % (<i>podophyllum resin</i>)	Nivel 1	
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Nivel 1	ST; QL (0.5 GM por 1 día)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (0.5 ML por 1 día)
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical cream, extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Nivel 1	
<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	
Dermatológico - Combinaciones de Gases Anestésicos Locales - Medicamentos para la Piel		
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR TOPICAL AEROSOL, SPRAY (<i>norflurane/pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
CRYODOSE TA MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY (<i>norflurane/pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
SPRAY AND STRETCH TOPICAL AEROSOL, SPRAY (<i>norflurane/pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Agentes Únicos de Gas Anestésico Local - Medicamentos para la Piel		
<i>ethyl chloride topical aerosol, spray 100 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Inhibidores del Objetivo de la Rapamicina (mTOR) en Mamíferos - Medicamentos para la Piel		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (<i>sirolimus</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Dermatológico - Agentes Individuales Varios - Medicamentos para la Piel		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % (<i>baclofen</i>)	Nivel 3	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (<i>gabapentin</i>)	Nivel 3	
<i>sodium chloride topical solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes Únicos AINE (NSAID) - Medicamentos para la Piel		
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
LICART TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1.3 % (<i>diclofenac epolamine</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Dermatológico - Agentes de Terapia Fotodinámica Tópico - Medicamentos para la Piel		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	Nivel 3	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones de Protectores - Medicamentos para la Piel		
PR CREAM TOPICAL CREAM (<i>protectives combination no.2/ceramides 1,3,6-ii</i>)	Nivel 1	
RECEDO TOPICAL GEL (<i>polydimethylsiloxanes/silicon dioxide</i>)	Nivel 3	
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % (<i>hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylene glycol</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Protectores - Medicamentos para la Piel		
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (<i>petrolatum,white</i>)	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Retinoides (Derivados de la Vitamina A) - Cosmético Tópico - Medicamentos para la Piel		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Terapia Tópica para la Rosácea - Medicamentos para la Piel		
AVEIDA TOPICAL GEL 1-1 % (<i>ivermectin/metronidazole</i>)	Nivel 3	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 3	ST
<i>brimonidine topical gel with pump 0.33 %</i>	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (<i>sulfacetamide sodium/sulfur/urea</i>)	Nivel 1	
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (<i>brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide</i>)	Nivel 3	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % (<i>brimonidine tartrate</i>)	Nivel 3	
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % (<i>metronidazole/mupirocin</i>)	Nivel 3	
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole</i> (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Nivel 1	
SOOLANTRA TOPICAL CREAM 1 % (<i>ivermectin</i>)	Nivel 1	ST
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML por 1 SURTIDO)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Dermatológico - Adhesivos para Tejidos/Heridas - Selladores de Fibrina - Medicamentos para la Piel		
ARTISS TOPICAL SYRINGE 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (10ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (2 ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (4 ML) (<i>thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride</i>)	Nivel 3	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML (<i>thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride</i>)	Nivel 3	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML (<i>thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride</i>)	Nivel 3	
Dermatológico - Amidas Anestésicas Locales Tópicas - Medicamentos para la Piel		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 3	
<i>lidocaine</i> (Dermacinrx Lidocan Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
DERMACINRX LIDOGEL TOPICAL GEL 2.8 % (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 3	
DERMACINRX LIDOREX TOPICAL GEL 2.8 % (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl</i> (Glydo Mucous Membrane Jelly In Applicator 2 %)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.05-0.5 % (<i>lidocaine hcl/racepinephrine hcl/tetracaine hcl</i>)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL SOLUTION 4-0.05-0.5 % (<i>lidocaine hcl/racepinephrine hcl/tetracaine hcl</i>)	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.09-0.5 % (<i>lidocaine hcl/epinephrine bitartrate/tetracaine hcl</i>)	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.18-0.5 % (<i>lidocaine hcl/epinephrine bitartrate/tetracaine hcl</i>)	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl topical cream 3 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM por 30 días)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine</i> (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3.25 % (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 3	
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (<i>lidocaine hcl</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, 5 X 5 X 2 CM (<i>extracellular matrix (ecm), porcine derived</i>)	Nivel 3	
MIRODERM FENESTRATED PLUS TOPICAL SHEET 3 X 3 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (<i>extracellular matrix (ecm), porcine derived, fenestrated</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MIRODERM FENESTRATED TOPICAL SHEET 2 X 2 CM, 2 X 3 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (<i>extracellular matrix (ecm), porcine derived, fenestrated</i>)	Nivel 3	
Agentes Únicos Escabicida y Pediculicida - Medicamentos para la Piel		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Nivel 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % (<i>benzyl alcohol</i>)	Nivel 3	
Reemplazo de Piel, Apósitos de Tejido Vivo - Medicamentos para la Piel		
APLIGRAF TOPICAL DISK (<i>cultured skin substitute, human and bovine</i>)	Nivel 3	
STRATAGRAFT TOPICAL SHEET 8 CM X 12.5 CM (<i>keratinocytes, fibroblasts, collagen-dsat</i>)	Nivel 3	
Cuidado de Heridas - Limpiadores - Medicamentos para la Piel		
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % (<i>sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid</i>)	Nivel 3	
Cuidado de Heridas - Apósitos - Medicamentos para la Piel		
L-MESITRAN SOFT TOPICAL GEL 40 % (<i>honey</i>)	Nivel 3	
OMEZA TOPICAL OINTMENT IN PACKET (<i>collagen, hydrolyzed/cod liver oil</i>)	Nivel 3	
SILVASORB TOPICAL GEL, EXTENDED RELEASE (<i>silver</i>)	Nivel 1	
Cuidado de Heridas - Agentes de Factores de Crecimiento - Medicamentos para la Piel		
REGGRANEX TOPICAL GEL 0.01 % (<i>becaplermin</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
Combinaciones del Cuidado de Heridas Otras – 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	
LIQUID POLIBAR PLUS ORAL SUSPENSION 105 % (W/V), 58 % (W/W) (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	
NEULUMEX ORAL SUSPENSION 0.1 % (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	
POLIBAR ACB RECTAL ENEMA 96 % (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	
READI-CAT 2 ORAL SUSPENSION 2 % (W/V) (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	
TAGITOL V ORAL SUSPENSION 40 % (W/V) (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	
VARIBAR HONEY ORAL SUSPENSION 40 % (W/V) 29% (W/W) (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	
VARIBAR NECTAR ORAL SUSPENSION 40 % (W/V) (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	
VARIBAR PUDDING ORAL PASTE 40 % (W/V), 30% (W/W) (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VARIBAR THIN HONEY ORAL SUSPENSION 40 % (W/V), 29% (W/W)(1500 CPS) (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	
VARIBAR THIN LIQUID ORAL POWDER 81 % (W/W) (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 3	
Medios de Contraste - Iónico Yodado		
CYSTO-CONRAY II URETHRAL SOLUTION 17.2 % (<i>iothalamate meglumine</i>)	Nivel 3	
CYSTOGRAFIN URETHRAL SOLUTION 30 % (<i>diatrizoate meglumine</i>)	Nivel 3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE URETHRAL SOLUTION 18 % (<i>diatrizoate meglumine</i>)	Nivel 3	
<i>diatrizoate meglumine/diatrizoate sodium</i> (Md-Gastroview Oral Solution 66-10 %)	Nivel 1	
Medios de Contraste - No Iónico Yodado		
OMNIPAQUE ORAL SOLUTION 12 MG IODINE/ML, 9 MG IODINE/ML (<i>iohexol</i>)	Nivel 3	
Medios de Contraste - Compuestos de Hierro por Resonancia Magnética		
GASTROMARK ORAL SUSPENSION 175 MCG/ML IRON (<i>ferumoxsil</i>)	Nivel 3	
Medios de Contraste - Combinaciones de Agentes de Ultrasonido		
EXEM INTRAUTERINE INFUSION FOAM IN SYRINGE (<i>hydroxyethylcellulose/glycerin in sterile water</i>)	Nivel 3	
Diagnóstico - Pruebas de Infección		
PYTEST KIT ORAL CAPSULE 37 KBQ (1 MICROCI) (<i>urea(c14)</i>)	Nivel 3	
PYTEST ORAL CAPSULE 37 KBQ (1 MICROCI) (<i>urea(c14)</i>)	Nivel 3	
Diagnóstico – Pruebas de Orina Múltiples		
CHEK-STIX CONTROL STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CHEMSTRIP 10 MD STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 10/SG STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 2 GP STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 50B STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 7 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 9 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
COMBISTIX REAGENT STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
HEMA-COMBISTIX STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
LABSTIX REAGENT STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 10 SG STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 5 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 7 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 8 SG STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 9 SG STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX 9 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
MULTISTIX STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
URISTIX 4 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
URISTIX REAGENT STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
Diagnóstico - Otro		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
Medicamentos de Diagnóstico - Función Metabólica		
METOPIRONE ORAL CAPSULE 250 MG (<i>metyrapone</i>)	Nivel 4	
Medicamentos de Diagnóstico - Pulmonar		
ARIDOL BRONCHIAL CHALLENGE INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 0-5-10-20-40 MG (<i>mannitol</i>)	Nivel 3	
<i>methacholine chloride inhalation solution for nebulization 0 mg/3 ml (0 mg/ml), 0 to 48 mg/3 ml, 0.1875 mg/3 ml (0.0625 mg/ml), 0.75 mg/3 ml (0.25 mg/ml), 12 mg/3 ml (4 mg/ml), 3 mg/3 ml (1 mg/ml), 48 mg/3 ml (16 mg/ml)</i>	Nivel 1	
PROVOCHOLINE INHALATION RECON SOLN 100 MG (<i>methacholine chloride</i>)	Nivel 3	
XENOVIEW PATIENT DOSE INHALATION GAS 1,000 ML (<i>xenon xe-129 hyperpolarized</i>)	Nivel 3	
XENOVIEW PREPARATION GAS BLEND INHALATION GAS 1,000 ML (<i>xenon xe-129 hyperpolarized</i>)	Nivel 3	
Medicamentos de Diagnóstico - Función Tiroidea		
THYROGEN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 0.9 MG (<i>thyrotropin alfa</i>)	Nivel 4	PA
Radiofármacos de Diagnóstico - Imágenes de Perfusión Cerebral		
XENON XE-133 INHALATION GAS 370 MBQ (10 MCI), 740 MBQ (20 MCI) (<i>xenon 133 in carbon dioxide</i>)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Endocrino		
<i>sodium iodide-123 oral capsule 3.7 mbq (100 microci), 7.4 mbq (200 microci)</i>	Nivel 1	OCH
<i>sodium iodide-131 oral capsule 3.7 mbq (100 microci)</i>	Nivel 1	OCH
Radiofármacos de Diagnóstico - Varios		
<i>kit for tc 99m-sod thiosulfate recon soln 2 mg</i>	Nivel 3	
Radiofármacos de Diagnóstico - Imágenes de Perfusión Pulmonar		
XENON XE-133 INHALATION GAS 370 MBQ (10 MCI), 740 MBQ (20 MCI) (<i>xenon 133 in carbon dioxide</i>)	Nivel 3	
Radiofármacos de Diagnóstico - Reactivos de Radiomarcaje		
<i>indium-111 chloride solution 5 mci/0.5 ml (185 mbq)</i>	Nivel 1	
Agentes de Imágenes de Fluorescencia - Tejido Cerebral Maligno		
GLEOLAN ORAL RECON SOLN 30 MG/ML (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	Nivel 3	
Medicamentos para Tratar la Disfunción Eréctil - Medicamentos para el Sistema Urinario		
Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Prostaglandinas - Medicamentos para la Disfunción Eréctil		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT 10 MCG, 20 MCG (<i>alprostadil</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 5 días)
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
MUSE INTRA-URETHRAL SUPPOSITORY 1,000 MCG, 250 MCG, 500 MCG (<i>alprostadil</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 5 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Alfabloqueante, Vasodilatador Periférico - Medicamentos para la Disfunción Eréctil		
IFE-BIMIX 30/1 INTRACAVERNOSAL SOLUTION 30 MG- 1 MG/ML (<i>papaverine hcl/phentolamine mesylate in water</i>)	Nivel 1	
Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Prostaglandina, Vasodilatador Periférico - Medicamentos para la Disfunción Eréctil		
TRI-MIX (PAPAVRN-PHNTLMN-PGE1) INTRACAVERNOSAL RECON SOLN 150 MG-5 MG- 50 MCG (<i>papaverine hcl/phentolamine mesylate/alprostadil</i>)	Nivel 3	
Medicamentos para la Disfunción Eréctil (ED) (DE) - Inhibidor de Fosfodiesterasa Tipo 5 Sel.cGMP - Medicamentos para la Disfunción Eréctil		
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 5 días)
STENDRA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG (<i>avanafil</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 5 días)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>ildenafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 5 días)
<i>ildenafil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 5 días)
Terapia para los Trastornos de la Alimentación		
Antiobesidad - Agonistas duales de los Receptores GIP y GLP-1		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (<i>tirzepatide</i>)	Nivel 2	PA
Terapia para los Trastornos de la Alimentación - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Anoréxicas - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
QSYMIA ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG (<i>phentermine hcl/topiramate</i>)	Nivel 3	PA
Suplementos Nutricionales Anorexiantes (Ayudas Dietéticas) - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
PLENITY (WELCOME KIT) ORAL CAPSULE 0.75 GRAM (<i>carboxymethylcellulose/citric acid</i>)	Nivel 3	PA
PLENITY ORAL CAPSULE 0.75 GRAM (<i>carboxymethylcellulose/citric acid</i>)	Nivel 3	PA
Anorexiantes - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
<i>benzphetamine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>diethylpropion oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>diethylpropion oral tablet extended release 75 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG (<i>phentermine hcl</i>)	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phendimetrazine tartrate oral capsule, extended release 105 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<i>phentermine oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día); Edad (Mín 18 Años)
<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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antiobesidad - Agonistas del Receptor del Péptido Similar al Glucagón-1 (GLP-1) - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
SAXENDA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (18 MG/3 ML) (<i>liraglutide</i>)	Nivel 2	PA
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML, 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML (<i>semaglutide</i>)	Nivel 2	PA
Antiobesidad - Agonista del Receptor de Melanocortina 4 (MC4) - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>setmelanotide acetate</i>)	Nivel 4	PA
Antiobesidad - Inhibidor de la Recaptación de Opioides/Norepinefrina y Dopamina - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8-90 MG (<i>naltrexone hcl/bupropion hcl</i>)	Nivel 3	PA
Estimulantes del Apetito - Cannabinoides - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (<i>dronabinol</i>)	Nivel 3	ST; QL (60 ML por 30 días)
Estimulantes del Apetito - Tipo de Hormona Progestina - Medicamentos para Tratar los Trastornos de la Alimentación		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Baja de Electrolitos - Inhibidores del Intercambiador de Sodio-Hidrógeno 3 (NHE3)		
XPHOZAH ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (<i>tenapanor hcl</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
Equilibrio Electrolítico - Productos Nutricionales - Medicamentos Nutricionales		
Aminoácido - Derivados de Carnitina - Medicamentos Nutricionales		
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	
Aminoácidos, Ingrediente Único, Oral (No Inyectable) - Medicamentos Nutricionales		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (<i>glutamine</i>)	Nivel 4	PA
Vitaminas del Complejo B - Medicamentos Nutricionales		
B COMPLEX 100 INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (<i>thiamine hcl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine</i>)	Nivel 1	
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (<i>thiamine hcl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine</i>)	Nivel 1	
Diluyentes - Soluciones Diluyentes de Insulina - Medicamentos Nutricionales		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION (<i>diluent,insulin aspart combination no.1</i>)	Nivel 3	
Diluyentes - Otros - Medicamentos Nutricionales		
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride injection syringe 0.9 %</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		
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM (<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>)	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Nivel 1	
<i>sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution</i> (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML (<i>sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution</i>)	Nivel 3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM (<i>patiromer calcium sorbitex</i>)	Nivel 3	PA
Soluciones de Irrigación - Medicamentos Nutricionales		
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Nivel 3	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (<i>physiological irrigating solution no.1</i>)	Nivel 3	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (<i>physiological irrigating solution no.1</i>)	Nivel 3	
<i>ringer's irrigation solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
TIS-U-SOL PENTALYTE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 800-40-20-8.75-6.25 MG/100 ML (<i>sodium chloride/pot chloride/mag sul/sod phos,db/pot phos,mb</i>)	Nivel 3	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1	
Multivitaminas - Medicamentos Nutricionales		
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (<i>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (<i>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (<i>multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 1	
Producto Nutricional - Lípidos Otros - Medicamentos Nutricionales		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (<i>triheptanoin</i>)	Nivel 4	PA
Producto Nutricional - Formulación Específica para Condiciones Médicas - Medicamentos Nutricionales		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (<i>glutamine</i>)	Nivel 4	PA
Vitaminas y Minerales Prenatales - Medicamentos Nutricionales		
CITRANATAL (DUAL-IRON) ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG -50 MG (<i>prenatal vits no.81/iron carbonyl,gluc/folic acid/docusate</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CITRANATAL ASSURE ORAL COMBO PACK 35 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (<i>prenatal vit no.73/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (<i>prenatal vit no.76/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (<i>prenatal vitamin no.59/iron carb,fum/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (<i>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (<i>prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium</i>)	Nivel 1	
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid</i>)	Nivel 1	
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac</i>)	Nivel 1	
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG (<i>prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha</i>)	Nivel 3	
OBSTETRIX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (<i>prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3</i>)	Nivel 1	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON-1 MG -50 MG (<i>prenatal vitamins no.127/iron,carbonyl/folic acid/docusate</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (<i>multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG (<i>prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 1	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG (<i>prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha</i>)	Nivel 1	
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG (<i>prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 1	
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG-25 MG (<i>prenatal vits no.115/iron fumarate/folic acid/docusate sod.</i>)	Nivel 1	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (<i>multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha</i>)	Nivel 1	
VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE) ORAL CAPSULE 90 MG IRON-1 MG -50 MG-200 MG (<i>prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/docusate/dha</i>)	Nivel 3	
VP-CH-PNV ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (<i>prenatal vits no.34/iron,carb/folic acid/docusate sodium/dha</i>)	Nivel 1	
Descargas de Cloruro de Sodio - Medicamentos Nutricionales		
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE (<i>sodium chloride 0.9 % (flush)</i>)	Nivel 1	
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	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
Cloruro de Sodio, Parenteral - Medicamentos Nutricionales		
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	Nivel 1	
Vitaminas - B-1, Tiamina y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
Vitaminas - B-12, Cianocobalamina y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/MI)</i>	Nivel 1	
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Nivel 1	
Vitaminas - B-6, Piridoxina y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
Vitaminas - C, Ácido Ascórbico y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (<i>ascorbic acid</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Nivel 1	
Vitaminas - Derivados D - Medicamentos Nutricionales		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))	Nivel 1	
Vitaminas - Ácido Fólico y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0	EHB
Vitaminas - K, Fitonadiona y Derivados - Medicamentos Nutricionales		
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML (<i>phytonadione (vit k1)</i>)	Nivel 1	
<i>phytonadione (vit k1)</i> (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ML)	Nivel 1	
Endocrino		
Antidiabético - Anticuerpo Monoclonal Dirigido a CD3		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML (<i>teplizumab-mzww</i>)	Nivel 4	PA; DD
Antihiperglucemiante - 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Supresor de los síntomas de la Menopausia - Antagonista del receptor de Neuroquinina 3 (NK3)		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (<i>fezolinetant</i>)	Nivel 3	PA
Endocrino - Hormonas		
Abortivos o Agentes de Maduración Cervical - Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
CERVIDIL VAGINAL INSERT, EXTENDED RELEASE 10 MG (<i>dinoprostone</i>)	Nivel 3	
PREPIDIL VAGINAL GEL 0.5 MG/3 G (<i>dinoprostone</i>)	Nivel 3	
Abortivos - Antagonista del Receptor de Progesterona - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (<i>mifepristone</i>)	Nivel 3	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de Esteroides Suprarrenales - Hormonas		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (<i>osilodrostat phosphate</i>)	Nivel 4	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG (<i>levoketoconazole</i>)	Nivel 4	PA
Hormonas Adrenocorticotróficas - Hormonas		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (<i>corticotropin</i>)	Nivel 4	PA
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (<i>corticotropin</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para Tratar la Hipoglucemia (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 (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (<i>glucagon hcl</i>)	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 Emergency Kit (Human) Injection Recon Soln 1 Mg)	Nivel 2	DD; QL (4 EA por 1 SURTIDO)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML (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		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (tafamidis)	Nivel 4	PA
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG (tafamidis meglumine)	Nivel 4	PA
Agentes de Amiloidosis - Supresión de TTR, Basados en Oligonucleótidos Antisentido - Hormonas		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 284 MG/1.5 ML (inotersen 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
Agentes de amiloidosis - Supresión de TTR, Basados en ARN de Interferencia (ARNi) - Hormonas		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (<i>vutrisiran sodium</i>)	Nivel 4	PA
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML (<i>patisiran sodium, lipid complex</i>)	Nivel 4	PA
Andrógenos - Agentes Únicos - Medicamentos para el Cuidado Masculino		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HR (<i>testosterone</i>)	Nivel 3	PA
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION 750 MG/3 ML (250 MG/ML) (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 3	
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG, 237 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 3	PA
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 3	PA
METHITEST ORAL TABLET 10 MG (<i>methyltestosterone</i>)	Nivel 3	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION (<i>testosterone</i>)	Nivel 3	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation, 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Nivel 1	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 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)
NOCTIVA NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 0.83 MCG/SPRAY (0.1 ML), 1.66 MCG/SPRAY (0.1 ML) (<i>desmopressin acetate</i>)	Nivel 3	QL (3.8 GM por 30 días)
Antihiper glucemiantes - 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
Antihiper glucemiante - Tipo Análogo de Amilina - Medicamentos para la Diabetes		

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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, 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML (<i>exenatide</i>)	Nivel 2	PA; DD
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
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG (<i>semaglutide</i>)	Nivel 2	PA; DD
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
VICTOZA 2-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (<i>liraglutide</i>)	Nivel 3	PA; DD
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (<i>liraglutide</i>)	Nivel 3	PA; DD
Antihiperoglucemiante - 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
Antihiperoglucemiante - 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
Antihiperoglucémico - 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		
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG (<i>bexagliflozin</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (1 EA por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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		
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Nivel 1	ST; DD
Inhibidor Antihiper glucémico-Dipeptidil Peptidasa-4 y Tiazolidinedion - Medicamentos para la Diabetes		

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) (<i>abaloparatide</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Estimulantes de la Formación Ósea - Tipo Hormona Paratiroidea - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (600mcg/2.4ml), 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	Nivel 4	PA
Inhibidores de la Resorción Ósea - Combinaciones de Bifosfonatos y Vitamina D - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT (<i>alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin d3)</i>)	Nivel 2	
Inhibidores de la Resorción Ósea - Bifosfonatos - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Nivel 1	QL (75 ML por 7 días)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 7 días)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 7 días)
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml, 5 mg/100 ml</i>	Nivel 1	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EEMT 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		
<i>estradiol/norethindrone acetate</i> (Amabelz Oral Tablet 0.5-0.1 Mg, 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (<i>estradiol/progesterone</i>)	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG (<i>estradiol/progesterone</i>)	Nivel 3	ST; QL (30 EA por 30 días)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/24 HR (<i>estradiol/levonorgestrel</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 7 días)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH SEMI-WEEKLY 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR (<i>estradiol/norethindrone acetate</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 7 días)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg, 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i> (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Nivel 1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/0.625MG-5MG(14) (<i>estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate</i>)	Nivel 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (<i>estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate</i>)	Nivel 2	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Estrógenos - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (<i>estradiol cypionate</i>)	Nivel 3	
<i>estradiol</i> (Dotti Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA por 7 días)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 0.87 GRAM/ACTUATION (<i>estradiol</i>)	Nivel 3	ST; QL (52 GM por 30 días)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>estradiol transdermal gel in packet 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %), 0.5 mg/0.5 gram (0.1 %), 0.75 mg/0.75 gram (0.1%)</i>	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	QL (30 GM por 30 días)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	QL (37.5 GM por 30 días)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 7 días)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 7 días)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 1.25 GRAM/ACTUATION (<i>estradiol</i>)	Nivel 3	ST
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (<i>estradiol</i>)	Nivel 3	ST; QL (16.2 ML por 30 días)
<i>estradiol</i> (Lyllana Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA por 7 días)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (<i>estrogens, esterified</i>)	Nivel 3	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (<i>follitropin alfa, recombinant</i>)	Nivel 4	
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (<i>follitropin alfa, recombinant</i>)	Nivel 4	
Combinaciones de Sales de Glucocorticoides - Medicamentos para la Inflamación		
BETALOAN SUIK KIT 6 MG/ML (<i>betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/hfc 245fa</i>)	Nivel 3	
Glucocorticoides - Medicamentos para la Inflamación		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (<i>vamorolone</i>)	Nivel 4	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 4	PA
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 3	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
DEXONTO IONTOPHORETIC SOLUTION 0.4 % (<i>dexamethasone sodium phosphate</i>)	Nivel 3	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (<i>deflazacort</i>)	Nivel 4	PA
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (<i>deflazacort</i>)	Nivel 4	PA
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (<i>methylprednisolone</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
MEDROLOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (<i>methylprednisolone acetate/norflurane/hfc 245fa</i>)	Nivel 3	
MEDROLOAN SUIK KIT 40 MG/ML (<i>methylprednisolone acetate/norflurane/hfc 245fa</i>)	Nivel 3	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
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 100 MG/2 ML (<i>hydrocortisone sodium succinate/pf</i>)	Nivel 3	
SOLU-CORTEF INJECTION RECON SOLN 100 MG (<i>hydrocortisone sodium succinate</i>)	Nivel 3	
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG (<i>budesonide</i>)	Nivel 4	PA
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (<i>tiamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML (<i>triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (hfc 245fa)</i>)	Nivel 3	
Inhibidores de Gonadotropinas Supresores Hipofisarios - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antagonistas de los Receptores de la Hormona del Crecimiento - Medicamentos para el Crecimiento		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (<i>pegvisomant</i>)	Nivel 4	
Hormonas Liberadoras de la Hormona del Crecimiento (GHRH)- Medicamentos para el Crecimiento		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG (<i>tesamorelin acetate</i>)	Nivel 4	PA
Hormonas de Crecimiento - Medicamentos para el Crecimiento		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML (<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>somatrogon-ghla</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
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (<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
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 10,000 UNIT, 5,000 UNIT (<i>chorionic gonadotropin, human</i>)	Nivel 2	
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML (<i>choriogonadotropin alfa</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
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)
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AFREZZA INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 12 UNIT, 4 UNIT, 4 UNIT (90)/ 8 UNIT (90), 4 UNIT/8 UNIT/ 12 UNIT (60), 8 UNIT, 8 UNIT (90)/ 12 UNIT (90) (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 3	PA; DD
Insulinas Humanas - Acción Corta - Medicamentos para la Diabetes		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin regular, human</i>)	Nivel 2	DD; QL (24 ML por 28 días)
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 INSULIN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	Nivel 1	DD; QL (30 ML por 28 días)
Análogos de Insulina - Acción Prolongada - Medicamentos para la Diabetes		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin glargine,human recombinant analog</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin degludec</i>)	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin degludec</i>)	Nivel 2	DD; QL (18 ML por 28 días)
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
Análogos de Insulina - Acción Rápida - Medicamentos para la Diabetes		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 3	ST; DD; QL (40 ML por 28 días)
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	Nivel 1	DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	Nivel 1	DD; QL (30 ML por 28 días)
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 1	DD; QL (40 ML por 28 días)
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro-aabc</i>)	Nivel 2	DD; QL (30 ML por 28 días)
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin lispro-aabc</i>)	Nivel 2	DD; QL (12 ML por 28 días)
LYUMJEV U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro-aabc</i>)	Nivel 2	DD; QL (40 ML por 28 días)
Potenciadores de la Respuesta a la Insulina - Biguanidas - Medicamentos para la Diabetes		
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	DD
<i>metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	Nivel 1	DD
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	DD
RIOMET ER ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 500 MG/5 ML (<i>metformin hcl</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (20 ML por 1 día)
Potenciadores de la Respuesta a la Insulina - Tiazolidinedionas (Agonistas de PPAR-gamma) - Medicamentos para la Diabetes		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	DD
Factor de Crecimiento Similar a la Insulina-1 (IGF-1) - Hormonas		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>mecasermin</i>)	Nivel 4	PA
Análogos de la Hormona Leptina - Hormonas		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (<i>metreleptin</i>)	Nivel 4	QL (1 EA por 1 día)
Supresión de Fosas Análogas Agonistas de LHRH (GnRH) - Pubertad Precoz Central - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
FENSOLVI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Nivel 4	PA
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 Antagonistas de LHRH (GnRH), Estrógeno y Progestina - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG (<i>relugolix/estradiol/norethindrone acetate</i>)	Nivel 2	PA
ORIAHNN ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 300-1-0.5MG(AM) /300 MG(PM) (<i>elagolix sodium/estradiol/norethindrone acetate</i>)	Nivel 2	PA
Antagonistas de LHRH (GnRH) - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Nivel 4	
<i>ganirelix acetate</i> (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Nivel 4	ST
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 4	ST
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	Nivel 2	PA
Supresores de los Síntomas de la Menopausia - Agentes Hormonales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG (<i>estradiol</i>)	Nivel 3	ST; QL (18 EA por 28 días)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT, DOSE PACK 10 MCG, 4 MCG (<i>estradiol</i>)	Nivel 3	ST; QL (18 EA por 28 días)
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG (<i>prasterone (dhea)</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Síntomas de la Menopausia Moduladores Supresores- Selectivos de los Receptores de Estrógeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG (<i>ospemifene</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Síntomas de la Menopausia Tipo de Antidepresivo supresor- ISRS - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
Mineralocorticoides - Medicamentos para la Inflamación		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	Nivel 1	
Oxitocíco - Alcaloides del Cornezuelo de Centeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>methylergonovine oral tablet 0.2 mg</i>	Nivel 1	QL (28 EA por 30 días)
Progestinas - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidor de Prolactina - Agonistas del Receptor de Dopamina Derivados del Cornezuelo de Centeno - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidor del Ligando RANK (RANKL), Anticuerpo MC - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML (<i>denosumab</i>)	Nivel 4	PA
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) (<i>denosumab</i>)	Nivel 4	PA
Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógeno (SERM) - Medicamentos para la Menopausia y Osteoporosis		
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD 1 EN 1 DÍA Y 35 AÑOS DE EDAD O MÁS; QL (1 EA por 1 día)
Agentes Somatostáticos - Medicamentos para el Crecimiento		
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	Nivel 4	PA
MYCAPSSA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG (<i>octreotide acetate</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 4	
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>octreotide acetate, microspheres</i>)	Nivel 4	PA
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (<i>pasireotide pamoate</i>)	Nivel 4	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (<i>pasireotide diaspertate</i>)	Nivel 4	PA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML (<i>lanreotide acetate</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para Enfermedades Oculares Tiroideas - Medicamentos para la Tiroides		
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG (<i>teprotumumab-trbw</i>)	Nivel 4	PA
Hormonas Tiroideas - Fuente Animal (Porcina)- Medicamentos para la Tiroides		
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG (<i>thyroid, pork</i>)	Nivel 3	ST
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (<i>thyroid, pork</i>)	Nivel 1	
<i>thyroid (pork) oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
Hormonas Tiroideas - T3 Sintético (Triyodotironina)- Medicamentos para la Tiroides		

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antiemético - Antagonistas Selectivos de la Serotonina 5-HT3 - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
ANZEMET ORAL TABLET 50 MG (<i>dolasetron mesylate</i>)	Nivel 3	ST; QL (8 EA por 1 SURTIDO)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 EA por 30 días)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (50 ML por 15 días)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 3.1 MG/24 HOUR (<i>granisetron</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 7 días)
Antiemético - Antagonistas del Receptor de la Sustancia P- Neuroquinina 1 (NK1) - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 21 días)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 28 días)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 21 días)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 21 días)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) (<i>aprepitant</i>)	Nivel 2	QL (3 EA por 21 días)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG (<i>rolapitant hcl</i>)	Nivel 3	QL (2 EA por 14 días)
Antiemético - Combinación de Antagonista del Receptor de Neuroquinina 1 y 5-HT3 - Medicamentos para Vómito y Náuseas		
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (<i>netupitant/palonosetron hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 28 días)
Ácidos Biliares - Medicamentos para el Estómago		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (<i>cholic acid</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agentes para el Estreñimiento Idiopático Crónico - Agonistas de Guanilato Ciclasa-C (GC-C) - Medicamentos para el Estreñimiento		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (<i>linaclotide</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (<i>plecanatide</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Acidificador Colónico (Inhibidor de Amoníaco) - Medicamentos para el Estómago		
<i>lactulose</i> (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (15 ml)</i>	Nivel 1	
Mezclas de Enzimas Digestivas - Medicamentos para el Estómago		
CREON ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 2	
PANCREAZE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,500-35,500- 61,500 UNIT, 16,800-56,800- 98,400 UNIT, 2,600-8,800- 15,200 UNIT, 21,000-54,700- 83,900 UNIT, 37,000-97,300- 149,900 UNIT, 4,200-14,200- 24,600 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 3	
PERTZYE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 16,000-57,500- 60,500 UNIT, 24,000-86,250- 90,750 UNIT, 4,000-14,375- 15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 3	
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150-39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 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, biphasic delayed release 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 EA por 1 día)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>lansoprazole oral tablet, disintegrat, delay rel 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST
NEXIUM PACKET ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 2.5 MG, 5 MG (<i>esomeprazole magnesium</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>pantoprazole oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
PRILOSEC ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 10 MG, 2.5 MG (<i>omeprazole magnesium</i>)	Nivel 3	ST
<i>rabeprazole oral capsule, delayed rel sprinkle 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas del Receptor 5-HT4 - Medicamentos para el Estómago		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (<i>prucalopride succinate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Agentes Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/agonistas 5-HT4 - Medicamentos para el Estómago		
GIMOTI NASAL SPRAY WITH PUMP 15 MG/SPRAY (<i>metoclopramide hcl</i>)	Nivel 4	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antiespasmódico Gastrointestinal - Alcaloides de Belladona - Medicamentos para Calambres Estomacales		
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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); Age (Mín 18 Años)
Terapia Contra H.Pylori - Bloqueador de Ácido Competitivo y Antibióticos - Medicamentos para el Estómago		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)- 500 MG (84) (<i>vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate</i>)	Nivel 3	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG (<i>vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate/clarithromycin</i>)	Nivel 3	PA
Agente para el SII (IBS) - Agentes Activadores de los Canales de cloruro Gastrointestinal - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
Agente del SII (IBS) - Agonistas de Guanilato Ciclasa-C (GC-C) - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (<i>linaclotide</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (<i>plecanatide</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Agente del SII (IBS) - Agonista y Antagonista de los Receptores Opioides Mixtos- Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (<i>eluxadoline</i>)	Nivel 3	PA
Agente del SII (IBS) - Antagonistas Selectivos del Receptor 5-HT3 - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
<i>alose tron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
Agente del SII (IBS) - Agonistas Selectivos Parciales del Receptor 5-HT4 - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (<i>tegaserod hydrogen maleate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día); Age (Máx 64 Años)
Agente del SII (IBS) - Inhibidor del Intercambiador de Sodio-Hidrógeno 3 (NHE3) - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
IBSRELA ORAL TABLET 50 MG (<i>tenapanor hcl</i>)	Nivel 3	PA
Agente Inflamatorio Intestinal - Inhibidores de Interleucina-12 e IL-23, MC Ab: Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 4	PA
Agente Inflamatorio Intestinal - Inhibidor de Interleucina-23 (IL-23), MC Ab - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
OMVOH INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML (20 MG/ML) (<i>mirikizumab-mrkz</i>)	Nivel 4	PA
OMVOH PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (<i>mirikizumab-mrkz</i>)	Nivel 4	PA
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Nivel 4	PA
Agente Inflamatorio Intestinal - Aminosalicilatos y Agentes Relacionados - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Nivel 1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (<i>olsalazine sodium</i>)	Nivel 3	ST
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	
Agente Inflamatorio Intestinal - Glucocorticoides - Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>	Nivel 1	ST
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	Nivel 1	
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (<i>hydrocortisone acetate</i>)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML (adalimumab-adaz)	Nivel 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Nivel 4	PA
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>infliximab-abda</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para el Síndrome del Intestino Irritable (SII) (IBS) - Medicamentos para el Síndrome del Intestino Irritable		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (<i>eluxadoline</i>)	Nivel 3	PA
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (<i>tegaserod hydrogen maleate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día); Age (Máx 64 Años)
Factor de Crecimiento de Queratinocitos (KGF) - Medicamentos para el Estómago		
KEPIVANCE INTRAVENOUS RECON SOLN 5.16 MG (<i>palifermin</i>)	Nivel 4	
Laxante - Solución Salina y Osmótica - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento		
<i>lactulose</i> (Constulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 20 gram/30 ml</i>	Nivel 1	
Laxante - Mezclas Salinas/Osmóticas - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 EDAD DE 45 A 75 AÑOS; 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 EDAD DE 45 A 75 AÑOS; 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 EDAD DE 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 EDAD DE 45 A 75 AÑOS; QL (1 EA por 1 SURTIDO)
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 4000, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 45 A 75 AÑOS; QL (4000 ML por 1 SURTIDO)
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/kcl/ascorbate sod/vit c)	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 3, SURTIR 2 EN 365 DÍAS, Y EDAD DE 45 A 75 AÑOS; QL (3 EA por 1 SURTIDO)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 354, SURTIR 2 EN 365 DÍAS, Y EDAD DE 45 A 75 AÑOS; QL (354 ML por 1 SURTIDO)
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (<i>peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium</i>)	\$0	ST; EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 1, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 45 A 75 AÑOS; QL (2 EA por 1 SURTIDO)
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM (<i>sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 24, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 45 A 75 AÑOS; QL (24 EA por 1 SURTIDO)
Laxative - Combinaciones de Estimulantes y Solución Salina/Osmótica - Medicamentos para Prevenir el Estreñimiento		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML (<i>sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 320, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 45 A 75 AÑOS; QL (320 ML por 1 SURTIDO)
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML (<i>sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid</i>)	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA CANTIDAD ES 350, SURTIR 2 EN 365 DÍAS Y EDAD DE 45 A 75 AÑOS; 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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<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	
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>octreotide acetate, microspheres</i>)	Nivel 4	PA
Terapia Genitourinaria - Medicamentos para el Sistema Urinario.		
Agente de BPH - Combinación de Inhibidor de la 5-Alfa Reductasa y Antag del Receptor Adrenérgico alfa-1 - Medicamentos para la Próstata		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Nivel 1	ST
Agente de BPH - Inhibidores de 5-Alfa-Reductasa y Fosfodiesterasa-5 (PDE5) - Medicamentos para la Próstata		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG (<i>finasteride/tadalafil</i>)	Nivel 3	PA
Terapia de Cistinosis (Agentes que Agotan la Cistina) - Medicamentos para el Sistema Urinario		

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
Aglutinantes de Fosfato - A Base de Hierro - Medicamentos para el Sistema Urinario		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (<i>ferric citrate</i>)	Nivel 3	ST; QL (12 EA por 1 día)
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	Nivel 2	QL (6 EA por 1 día)
Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas del Receptor de Vasopresina V2 - Medicamentos para el Sistema Urinario		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (<i>tolvaptan</i>)	Nivel 4	PA
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) (<i>tolvaptan</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Hipertrofia Prostática - Antagonistas de los Receptores Adrenérgicos alfa-1 - Medicamentos para la Próstata		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Nivel 1	
Agente de Hipertrofia Prostática - Inhibidores de la 5-alfa Reductasa Tipo II - Medicamentos para la Próstata		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Agente de Hipertrofia Prostática-Inhibidor de Fosfodiesterasa tipo 5 Sel.cGMP - Medicamentos para la Próstata		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Inhibidores de la 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		
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	
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 g, 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	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antiespasmódicos Urinarios - Anticolinérgicos No Selectivos - Medicamentos para la Vejiga		
ED-SPAZ ORAL TABLET, DISINTEGRATING 0.125 MG (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet, disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET, EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	Nivel 3	
Antiespasmódicos Urinarios - Relajantes del Músculo Liso - Medicamentos para la Vejiga		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
GELNIQUE TRANSDERMAL GEL IN PACKET 10 % (100 MG/GRAM) (<i>oxybutynin chloride</i>)	Nivel 3	ST
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 3.9 MG/24 HR (<i>oxybutynin</i>)	Nivel 3	ST
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Terapia de Retención Urinaria - Agentes Parasimpaticomiméticos - Medicamentos para la Vejiga		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Terapia para la Gota e Hiperuricemia - Medicamentos para el Dolor y la Fiebre		
Terapia Aguda para la Gota - Antimitóticos - Medicamentos para la Gota		
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML (<i>colchicine</i>)	Nivel 3	ST; QL (10 ML por 1 día)
Terapia de Hiperuricemia - Tipo Enzima Urato-Oxidasa - Medicamentos para la Gota		
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML (<i>pegloticase</i>)	Nivel 4	PA
Terapia de Hiperuricemia - Uricosúricos - Medicamentos para la Gota		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Terapia de Hiperuricemia - Inhibidores de la Xantina Oxidasa - Medicamentos para la Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (30 EA por 30 días)
Tx Hiperuricemia - Combinación de Inhibidor de URAT1 e Inhibidor de Xantina Oxidasa - Medicamentos para la Gota		
DUZALLO ORAL TABLET 200-200 MG, 200-300 MG (<i>lesinurad/allopurinol</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 1 día)
Agentes Hematológicos		
Agentes para el Tratamiento cTTP - anti vWF, ADAMTS13 Terapia Enzimática		
ADZYNMA INTRAVENOUS KIT 1,500 UNIT, 500 UNIT (<i>adamts13, recombinant-krhn</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Hematopoyéticos - Factor Inducible por Hipoxia Prolif Hidroxilasa Inh		
JESDUVROQ ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (<i>daprodustat</i>)	Nivel 3	PA
Agentes Hematológicos - Medicamentos para la Sangre		
Agentes para Tratar el Dominio A1 del aTTP-anti Factor von Willebrand (vWF) - Medicamentos para la Sangre		
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG (<i>caplacizumab-yhdp</i>)	Nivel 4	PA
CABLIVI INJECTION RECON SOLN 11 MG (<i>caplacizumab-yhdp</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para Tratar la Enfermedad de Aglutininas Frías (CAD) - Medicamentos para la Sangre		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>sutlimab-jome</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para Tratar la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN) - Medicamentos para la Sangre		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (<i>pegcetacoplan</i>)	Nivel 4	PA
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/30 ML (<i>eculizumab</i>)	Nivel 4	PA
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML (<i>ravulizumab-cwvz</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Anticoagulantes - A Base de Citrato - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<i>anticoag citrate phos dextrose solution</i> 2.63-222 gram-mg/100ml	Nivel 1	
<i>citric-sod citrat-sod phos-dex solution</i> 0.327-2.63 gram/100 ml	Nivel 1	
REGIOCIT (EUA) SOLUTION 5.03-5.29 GRAM/L (<i>sodium chloride/sodium citrate</i>)	Nivel 3	
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Nivel 1	
Anticoagulantes - Cumarina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Complejo de Coagulación Antiinhibidor - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
FEIBA NF INTRAVENOUS RECON SOLN 1,750-3,250 UNIT, 350-650 UNIT, 700-1,300 UNIT (<i>anti-inhibitor coagulant complex</i>)	Nivel 4	
Factores Antiporfiria - Medicamentos para la Sangre		
PANHEMATIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG (<i>hemin</i>)	Nivel 4	
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		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML) (<i>c1 esterase inhibitor</i>)	Nivel 4	PA
BERINERT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (10 ML) (<i>c1 esterase inhibitor</i>)	Nivel 4	PA
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) (<i>c1 esterase inhibitor</i>)	Nivel 4	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor</i>)	Nivel 4	PA
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor, recombinant</i>)	Nivel 4	PA
CAD - Inhibidores del Complemento (C1) - Medicamentos para la Sangre		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>sutimlimab-jome</i>)	Nivel 4	PA
Antagonistas del Receptor de Quimiocina CXCR4 - Medicamentos para la Sangre		
<i>plerixafor subcutaneous solution 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 4	PA
Inhibidores Directos del Factor Xa - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) (<i>apixaban</i>)	Nivel 2	QL (74 EA por 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (<i>apixaban</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (<i>apixaban</i>)	Nivel 2	QL (74 EA por 30 días)
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG (<i>edoxaban tosylate</i>)	Nivel 3	ST; QL (30 EA por 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) (<i>rivaroxaban</i>)	Nivel 2	QL (51 EA por 30 días)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (<i>rivaroxaban</i>)	Nivel 2	QL (20 ML por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (<i>rivaroxaban</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
Eritropoyetinas - Medicamentos para la Sangre		
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa in polysorbate 80</i>)	Nivel 4	PA
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 10 MCG/0.4 ML, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 300 MCG/0.6 ML, 40 MCG/0.4 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML (<i>darbepoetin alfa in polysorbate 80</i>)	Nivel 4	PA
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa</i>)	Nivel 4	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa</i>)	Nivel 4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa-epbx</i>)	Nivel 4	PA
Preparaciones del Complejo de Factor IX (Concentrado de Complejo de Protrombina) - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
KCENTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (800-1240 UNIT), 500 UNIT (400-620 UNIT) (<i>human prothrombin complex concentrate (pcc), 4-factor</i>)	Nivel 4	
Preparaciones de Factor IX - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NOVOEIGHT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>antihemophilic factor viii recombinant, b-domain truncated</i>)	Nivel 4	
NUWIQ INTRAVENOUS RECON SOLN 1,500 UNIT, 1000 UNIT, 2,000 UNIT, 2,500 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (<i>antihemophilic factor viii rec hek cell, b-domain deleted</i>)	Nivel 4	
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (<i>antihemophilic factor viii, recombinant porcine sequence</i>)	Nivel 4	
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>antihemophilic factor viii, human recombinant</i>)	Nivel 4	
WILATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,000 UNIT, 500-500 UNIT (<i>antihemophilic factor, human/von willebrand factor, human</i>)	Nivel 4	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>antihemophilic factor (factor viii) recomb, b-domain deleted</i>)	Nivel 4	
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS SYRINGE 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (<i>antihemophilic factor (factor viii) recomb, b-domain deleted</i>)	Nivel 4	
Agente Mimético del Factor VIII, Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para la Sangre		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7 ML, 12 MG/0.4 ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 60 MG/0.4 ML (<i>emicizumab-kxwh</i>)	Nivel 4	PA
Preparaciones de Factor X - 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
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	
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT (<i>factor xiii a-subunit, recombinant</i>)	Nivel 4	
Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos (G-CSF) - Medicamentos para la Sangre		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-jmdb</i>)	Nivel 4	PA
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-pbbk</i>)	Nivel 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (<i>tbo-filgrastim</i>)	Nivel 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (<i>tbo-filgrastim</i>)	Nivel 4	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim</i>)	Nivel 4	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim</i>)	Nivel 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (<i>filgrastim</i>)	Nivel 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (<i>filgrastim</i>)	Nivel 4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (<i>filgrastim-aafi</i>)	Nivel 4	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (<i>filgrastim-aafi</i>)	Nivel 4	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-apgf</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (<i>filgrastim-ayow</i>)	Nivel 4	PA
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML (<i>eflapegrastim-xnst</i>)	Nivel 4	PA
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-fpgk</i>)	Nivel 4	PA
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	Nivel 4	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	Nivel 4	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (<i>filgrastim-sndz</i>)	Nivel 4	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (<i>pegfilgrastim-bmez</i>)	Nivel 4	PA
Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos y Macrófagos (GM-CSF)- Medicamentos para la Sangre		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (<i>sargramostim</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Hematopoyéticos - Agentes de Maduración Eritroides (RBC) - Medicamentos para la Sangre		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG, 75 MG (<i>luspatercept-aamt</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Hemorreológicos - Medicamentos para la Sangre		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Nivel 1	
Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
<i>aminocaproic acid oral solution 250 mg/ml (25 %)</i>	Nivel 1	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
FIBRYGA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM (700 MG- 1,300 MG) (<i>fibrinogen</i>)	Nivel 4	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RIASTAP INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM (900MG-1,300MG) (<i>fibrinogen</i>)	Nivel 3	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Nivel 1	
Preparaciones Hemostáticas Sistémicas del Factor von Willebrand (vWF) - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE (<i>von willebrand factor (recombinant)</i>)	Nivel 4	
Agentes Tópicos Hemostáticos - Medicamentos para Prevenir el Sangrado		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G (<i>ferric subsulfate</i>)	Nivel 3	
AVITENE FLOUR TOPICAL POWDER (<i>microfibrillar collagen</i>)	Nivel 3	
AVITENE TOPICAL POWDER IN PACKET (<i>microfibrillar collagen</i>)	Nivel 3	
AVITENE TOPICAL SHEET 35 X 35 MM, 70 X 35 MM, 70 X 70 MM (<i>microfibrillar collagen</i>)	Nivel 3	
ENDO AVITENE TOPICAL SHEET 10 MM, 5 MM (<i>microfibrillar collagen</i>)	Nivel 3	
GELFOAM JMI POWDER TOPICAL KIT 5,000 UNIT (<i>thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable</i>)	Nivel 3	
GELFOAM JMI SPONGE TOPICAL COMBO PACK 5,000 UNIT (<i>thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable</i>)	Nivel 3	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
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	
FLOSEAL TOPICAL KIT 2,500 UNIT (<i>thrombin(human plasma derived)/gelatin matrix, bovine</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	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (8 ML por 1 día)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (7.6 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (60 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (30 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (36 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (43.2 ML por 30 días)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML (<i>dalteparin sodium, porcine</i>)	Nivel 4	QL (12 ML por 30 días)
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG (<i>plasminogen, human-tvmh</i>)	Nivel 4	PA
Inhibición de la Agregación Plaquetaria - Ciclopentil-triazolo-pirimidinas (CPTP)- Medicamentos para la Sangre		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (<i>ticagrelor</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
Combinaciones de Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Medicamentos para la Sangre		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Inhibidores del Receptor de Glicoproteína IIb/IIIa - Medicamentos para la Sangre		
AGGRASTAT CONCENTRATE INTRAVENOUS CONCENTRATE 250 MCG/ML (<i>tirofiban hcl monohydrate</i>)	Nivel 4	
AGGRASTAT IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/250 ML (50 MCG/ML), 5 MG/100 ML (50 MCG/ML) (<i>tirofiban hcl monohydrate in 0.9 % sodium chloride</i>)	Nivel 4	
<i>eptifibatide intravenous solution 0.75 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 4	
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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
ASPIR-TRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (<i>aspirin</i>)	\$0	EHB
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria - Agentes Tienopiridinas - Medicamentos para la Sangre		
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 30 días)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
Inhibidor de la Agregación Plaquetaria Inhibidor de Esterasa y Adenosina Desaminasa - Medicamentos para la Sangre		
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 1 (PAR-1) Activado por Proteasa Inhibidor de la Agregación Plaquetaria - Medicamentos para la Sangre		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (<i>vorapaxar sulfate</i>)	Nivel 3	QL (1 EA por 1 día)
PNH - Inhibidores del Complemento (C3) - Medicamentos para la Sangre		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (<i>pegcetacoplan</i>)	Nivel 4	PA
PNH - Inhibidores del Complemento de Anticuerpos Monoclonales Humanos (C5) - Medicamentos para la Sangre		
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/30 ML (<i>eculizumab</i>)	Nivel 4	PA
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML (<i>ravulizumab-cwvz</i>)	Nivel 4	PA
Preparaciones de Proteína C - Medicamentos para la Sangre		
CEPROTIN (BLUE BAR) INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (<i>protein c, human</i>)	Nivel 4	
CEPROTIN (GREEN BAR) INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT (<i>protein c, human</i>)	Nivel 4	
Agentes de Anemia Falciforme, Otros - Medicamentos para la Sangre		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 3	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (<i>glutamine</i>)	Nivel 4	PA
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 3	ST
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 3	QL (2 EA por 1 día)
Inhibidor de Polimerización de Hemoglobina Falciforme (HbS) - Medicamentos para la Sangre		
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG (<i>voxelotor</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION 300 MG (<i>voxelotor</i>)	Nivel 4	PA
Inhibidor de Trombina - Selectivo, Directo y Reversible - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<i>argatroban in 0.9 % sod chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>argatroban intravenous solution 100 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	Nivel 3	PA
Inhibidor de Trombina - Selectivo Directo y Reversible - Tipo Hirudina - Medicamentos para Prevenir Coágulos Sanguíneos		
<i>bivalirudin intravenous recon soln 250 mg</i>	Nivel 4	
<i>bivalirudin intravenous solution 250 mg/50 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 4	
Agonistas del Receptor de Trombopoyetina - Medicamentos para la Sangre		
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (<i>avatrombopag maleate</i>)	Nivel 4	PA
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (<i>avatrombopag maleate</i>)	Nivel 4	PA
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (<i>avatrombopag maleate</i>)	Nivel 4	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG (<i>lusutrombopag</i>)	Nivel 4	PA
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG (<i>romiplostim</i>)	Nivel 4	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	Nivel 4	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	Nivel 4	PA

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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 para el Tratamiento del Sistema Hepatobiliar - Medicamentos para el Hígado		
Agonista del Receptor Farnesoide X (FXR), Análogo de Ácidos Biliares - Medicamentos para el Hígado		
OALIVA 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 PELLETT 200 MCG, 600 MCG (<i>odevixibat</i>)	Nivel 4	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (<i>maralixibat chloride</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Inmunosupresores - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
Inmunosupresor - Inhibidor de Interferón, Anticuerpo Monoclonal - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (<i>emapalumab-lzsg</i>)	Nivel 4	PA
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (<i>anifrolumab-fnia</i>)	Nivel 4	PA
Inmunosupresores - Inhibidores de la Calcineurina - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 3	ST
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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	
ENVARBUS 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	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Inmunosupresor - Anticuerpo Monoclonal CD19 (Linfocito B) - Medicamentos para los Ojos		
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>inebilizumab-cdon</i>)	Nivel 4	PA
Inmunosupresores - Inhibidores de la Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
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	
RAPAMUNE ORAL SOLUTION 1 MG/ML (<i>sirolimus</i>)	Nivel 2	
RAPAMUNE ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (<i>sirolimus</i>)	Nivel 2	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
Inmunosupresor - Inhibidor de Anticuerpos Monoclonales Función de los linfocitos T - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
SIMULECT INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 20 MG (<i>basiliximab</i>)	Nivel 4	
Inmunosupresor - Análogos de Purina - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Inmunosupresor - Bloqueador Selectivo de la Coestimulación de Células T - Medicamentos para Trasplantes de Órganos		
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG (<i>belatacept</i>)	Nivel 4	
Aparato Locomotor		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agentes de ALS - Oligonucleótido Antisentido (ASO)		
QALSODY INTRATHECAL SOLUTION 100 MG/15 ML (6.7 MG/ML) (<i>tofersen</i>)	Nivel 4	PA
Agonistas del Receptor del Ácido Retinoico-Fibrodisplasia Osificante Progresiva		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>palovarotene</i>)	Nivel 4	PA
Activador del Factor Eritroide-rel.2 (Nrf2) del Factor Nuclear de la Ataxia de Friedreich		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (<i>omaveloxolone</i>)	Nivel 4	PA
Aparato Locomotor - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
Agentes para Tratar la Parálisis Periódica - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 4	PA
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (<i>dichlorphenamide</i>)	Nivel 4	PA
Agentes ALS - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML (<i>edaravone</i>)	Nivel 4	PA
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (<i>edaravone</i>)	Nivel 4	PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (<i>edaravone</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) - Benzotiazoles - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
EXSERVAN ORAL FILM 50 MG (<i>riluzole</i>)	Nivel 4	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (<i>riluzole</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agentes para la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) (ALS) - Otros - Medicamentos para Nervios y Músculos		
RELYVRIO ORAL POWDER IN PACKET 3-1 GRAM (<i>sodium phenylbutyrate/taurursodio</i>)	Nivel 4	PA
Agente antimiaisténico - Inhibidor del Receptor Fc Neonatal (FcRn) - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 140 MG/ML (<i>rozanolixizumab-noli</i>)	Nivel 4	PA
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML (<i>efgartigimod alfa-hyaluronidase-qvfc</i>)	Nivel 4	PA
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>efgartigimod alfa-fcab</i>)	Nivel 4	PA
Agente antimiaisténico - Inhibidores Reversibles de la Colinesterasa - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antimiasisténicos Otros - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (<i>amifampridine phosphate</i>)	Nivel 4	PA
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML (<i>ziluoplan sodium</i>)	Nivel 4	PA
Distrofia Muscular de Duchenne - Oligonucleótido Antisentido con Omisión de Exones - 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
AMONDYS-45 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>casimersen</i>)	Nivel 4	PA
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>etepirsen</i>)	Nivel 4	PA
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>vitolarsen</i>)	Nivel 4	PA
VYONDYS-53 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (<i>golodirsen</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Terapia Musculo-esquelética - Viscosuplementos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 60 MG/3 ML (<i>hyaluronate sodium, stabilized</i>)	Nivel 3	PA
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML(MW 2.4 -3.6 MILLION) (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 2	PA
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML (<i>hyaluronate sod, cross-linked</i>)	Nivel 3	PA
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (<i>hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked</i>)	Nivel 3	PA
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (<i>hyaluronate sodium, stabilized</i>)	Nivel 3	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (<i>hylan g-f 20</i>)	Nivel 2	PA
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML (<i>hylan g-f 20</i>)	Nivel 2	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 3	PA
Agente de Tx Musculo-esquelético - Terapia de Contractura Articular, Enzima Colagenasa - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
XIAFLEX INJECTION RECON SOLN 0.9 MG (<i>collagenase clostridium histolyticum</i>)	Nivel 4	
Bloqueador Neuromuscular - Neurotoxinas - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
BOTOX INJECTION RECON SOLN 100 UNIT, 200 UNIT (<i>onabotulinumtoxin</i>)	Nivel 4	PA
DYSPORE INTRAMUSCULAR RECON SOLN 300 UNIT, 500 UNIT (<i>abobotulinumtoxin</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>incobotulinumtoxin</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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Relajante del Músculo Esquelético - Relajantes del Músculo Central - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral suspension 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (16 EA por 1 día)
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
<i>metaxalone oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral capsule 4 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral capsule 6 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA por 1 día)
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA por 1 día)
Relajante del Músculo Esquelético - Relajantes Musculares Directos - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA por 1 día)
<i>dantrolene oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA por 1 día)
Relajante del Músculo Esquelético - Combinaciones de Analgésicos Opioides - 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>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA por 1 día); Age (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); Age (Mín 12 Años)
Atrofia Muscular Espinal - Oligonucleótido Antisentido de Inclusión de Exones - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
SPINRAZA (PF) INTRATHECAL SOLUTION 12 MG/5 ML (<i>nusinersen sodium/pf</i>)	Nivel 4	PA
Atrofia Muscular Espinal - Modificador de Empalme de Neurona Motora 2 (SMN2) - Medicamentos para Músculos, Ligamentos, Tendones y Huesos		
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (<i>risdiplam</i>)	Nivel 4	PA
Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero (DME) - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
Suministros Médicos y DME - Pruebas de Glucosa en Sangre - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar Diagnosis</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar Diagnosis</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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE 4 STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BLU LINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic, disc-type</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CHOICEDM CLARUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE PRO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CONTOUR 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
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY PLUS II TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY STEP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH BLU LINK 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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 TALK TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G2 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G3 TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)
FORTISCARE G1 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORTISCARE GLUCOSE 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)
IGLUCOSE 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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
MYGLUCOHEALTH STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTIUM EZ STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 POINT OF CARE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRECISION XTRA TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIER TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PREMIUM V10 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PRODIGY NO CODING STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
QUINTET AC STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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 GS250S TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GS260 TEST STRIPS 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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 GS700 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMARTEST TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TD GOLD TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TELCARE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TEST N'GO TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
WAVESENSE JAZZ STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
WAVESENSE PRESTO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
Suministros Médicos y DME - Gorros Cervicales - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (<i>cervical cap</i>)	\$0	CT; EHB
Suministros Médicos y DME - Diversos Suministros de Prueba para COVID-19 -Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
ADVINO COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
Suministros Médicos y DME - Condomes 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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (<i>blade lancet, safety</i>)	Nivel 2	DD
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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
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,continuous</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 90 días)
DEXCOM G7 RECEIVER (<i>blood-glucose meter,continuous</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FINGERSTIX LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (<i>flash glucose scanning reader</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (<i>flash glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 3	PA; DD
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 3	PA; DD
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	Nivel 2	DD
LANCETS, SUPER THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
LANCETS, ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (<i>blade lancet, safety</i>)	Nivel 2	DD
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MICRODOT LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MICROLET LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
NOVA SUREFLEX LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ON CALL LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 GL300 LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SINGLE-LET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMARTEST LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SOFT TOUCH LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULILET 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
Suministros Médicos y DME - Aguja, Jeringas y Suministros para Administrar Insulina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (<i>pen needle, diabetic disposable, safety</i>)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD INSULIN SYRINGE (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
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
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (<i>insulin pump controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
Suministros Médicos y DME - Condomes Masculinos - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (<i>condoms, non-latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
FANTASY CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) DEVICE (<i>condoms, latex, non-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
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, non-lubricated</i>)	\$0	CT; EHB

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, non-lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
Suministros Médicos y DME - Varios Otros - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
SUSVIMO IMPLANT AND INS. TOOL INTRAVITREAL IMPLANT (<i>ocular implant with insertion tool for ranibizumab</i>)	Nivel 4	
Suministros Médicos y DME - Suministros de Terapia Respiratoria - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MV SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
PROCHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (<i>spirometers and accessories</i>)	Nivel 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (<i>spirometers and accessories</i>)	Nivel 3	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
Suministros Médicos y DME - Dispositivos para Administrar Insulina Subcutánea - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, automated dosing, bt with controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, radio freq</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, continuous infusion, bt and controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
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		
MINIMED 630G INSULIN PUMP (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
MINIMED 780G INSULIN PUMP (<i>subcutaneous insulin pump</i>)	Nivel 3	PA; DD
Suministros Médicos y DME - Pruebas de Glucosa en Orina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
DIASTIX STRIP (<i>urine glucose test strip</i>)	Nivel 3	DD
NO-STICK GLUCOSE STRIP (<i>urine glucose test strip</i>)	Nivel 3	DD
Suministros Médicos y DME - Glucosa en Orina-Pruebas de Combinación de Acetona - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		
KETO-DIASTIX STRIP (<i>urine glucose-acet test strip</i>)	Nivel 3	DD
Suministros Médicos y DME – Pruebas de Cetonas en Orina - Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero		

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
AEROCHAMBER MINI SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MV SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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)
BD 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 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 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 ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (<i>pen needle, diabetic</i>)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle,insulin 0.3 ml (half unit mark)</i>)	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle,insulin,0.3 ml</i>)	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle,disposable,insulin 1 ml</i>)	Nivel 2	DD
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (<i>syringe with needle,insulin,0.5 ml</i>)	Nivel 2	DD
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
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)
BLU LINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (<i>diaphragms, contoured</i>)	\$0	CT; EHB
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
CHEK-STIX CONTROL STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
CHEMSTRIP 10 MD STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CHEMSTRIP 10/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)
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
COMBISTIX REAGENT STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
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 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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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,continuous</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (<i>blood-glucose transmitter</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 90 días)
DEXCOM G7 RECEIVER (<i>blood-glucose meter,continuous</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (3 EA por 30 días)
DIASTIX STRIP (<i>urine glucose test strip</i>)	Nivel 3	DD
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (<i>condoms, non-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 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 BLU LINK TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EASYGLUCO TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EASYMAX STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 4	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G2 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE G3 TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EVENCARE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
EZ SMART PLUS TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
EZ SMART TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FANTASY CONDOM DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms, female</i>)	\$0	CT; EHB
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (<i>cervical cap</i>)	\$0	CT; EHB
FINGERSTIX LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FLEXICHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
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)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D15G STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D20 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA G20 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V10 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V12 GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V20 STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORA V30A STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FORTISCARE G1 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
FORTISCARE GLUCOSE 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 LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (<i>flash glucose scanning reader</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (<i>flash glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LIBRE 2 READER (<i>flash glucose scanning reader</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (<i>flash glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
FREESTYLE LIBRE 3 READER (<i>blood-glucose meter,continuous</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (1 EA por 365 días)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (<i>blood-glucose sensor</i>)	Nivel 2	ANTECEDENTES DE USO DE INSULINA O PRESENTAR UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE PA; DD; QL (2 EA por 28 días)
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	DD; QL (200 EA por 30 días)
FREESTYLE UNISTIK 2 (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
IGLUCOSE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
INFINITY TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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 CONDOMS(NON-LUBRICATED) DEVICE (<i>condoms, latex, non-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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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	
<i>lancets</i> , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge	Nivel 2	DD
LANCETS, SUPER THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
LANCETS, ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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)
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, automated dosing, bt with controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, radio freq</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, continuous infusion, bt and controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (<i>insulin pump controller</i>)	Nivel 2	DD; QL (1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, bluetooth</i>)	Nivel 2	DD
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable</i>)	Nivel 2	DD; QL (10 EA por 30 días)
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (<i>inhaler, assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (<i>inhaler, assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
OPTIUM EZ STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTIUM TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
OPTUMRX STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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)
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
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	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
QUINTET AC STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
REFUAH PLUS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
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 GS250S 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
RIGHTEST GS260 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
RITFLO AEROCHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
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
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (<i>inhaler, assist devices, accessories</i>)	Nivel 3	
SINGLE-LET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SMARTEST LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SMARTEST TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SOFT TOUCH LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with large mask</i>)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (<i>covid-19 antigen immunoassay test</i>)	\$0	
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
SURE-TOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
SUSVIMO IMPLANT AND INS. TOOL INTRAVITREAL IMPLANT (<i>ocular implant with insertion tool for ranibizumab</i>)	Nivel 4	
TD GOLD TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TELCARE TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (<i>lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze</i>)	Nivel 2	DD
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	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
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 (<i>condoms, latex, non-lubricated</i>)	\$0	CT; EHB
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA TLC LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
ULTRATRAK STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNILET GP LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNILET LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (<i>lancets</i>)	Nivel 2	DD
URISTIX 4 STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	Nivel 3	
URISTIX REAGENT STRIP (<i>urine multiple test strips</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
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	Nivel 3	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (<i>inhaler,assist device with medium mask</i>)	Nivel 3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (<i>inhaler,assist device with small mask</i>)	Nivel 3	
WAVESENSE JAZZ STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
WAVESENSE PRESTO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 3	ST; DD; QL (200 EA por 30 días)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	\$0	CT; EHB

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas		
Reemplazo de Enzimas en Enfermedades Metabólicas, Alfamanosidosis		
LAMZEDE INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG (<i>velmanase alfa-tycv</i>)	Nivel 4	PA
Agentes de Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
Medicamentos para Tratar la Lipofuscinosis Ceroide Neuronal Tipo 2 (CLN2)- Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
BRINEURA INTRAVENTRICULAR KIT 300 MG/10 ML (150MG/5ML X2) (<i>cerliponase alfa</i>)	Nivel 4	PA
BRINEURA INTRAVENTRICULAR SOLUTION 150 MG/ 5 ML (<i>cerliponase alfa</i>)	Nivel 4	PA
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Deficiencia de Esfingomielinasa Ácida - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
XENPOZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 4 MG (<i>olipudase alfa-rpcp</i>)	Nivel 4	PA
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Batten - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
BRINEURA INTRAVENTRICULAR KIT 300 MG/10 ML (150MG/5ML X2) (<i>cerliponase alfa</i>)	Nivel 4	PA

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

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

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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, 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-vjvk</i>)	Nivel 4	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (<i>galsulfase</i>)	Nivel 4	
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML) (<i>elosulfase alfa</i>)	Nivel 4	PA
Reemplazo Enzimático para Enfermedades Metabólicas, Enfermedad de Pompe - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG (<i>alglucosidase alfa</i>)	Nivel 4	PA
NEXVIAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>avalglucosidase alfa-ngpt</i>)	Nivel 4	PA
POMBILITI INTRAVENOUS RECON SOLN 105 MG (<i>cipaglucosidase alfa-atga</i>)	Nivel 4	PA
Dx Reemplazo de Enzimas Metabólicas, Inmunodeficiencia Combinada Grave - Medicamentos para Enfermedades Metabólicas		
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) (<i>elapegademase-lvlr</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos		
Modificadores Metabólicos - Enfermedad de Pompe - Inhibidor de GCS		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (<i>miglustat</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Fármacos que Alteran el Metabolismo		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agentes para el Tratamiento del Hiperparatiroidismo - Tipo Análogo de Vitamina D - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Nivel 1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG (<i>calcifediol</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)
Modificadores Metabólicos - Agentes Reponedores de Carnitina - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	
Modificadores Metabólicos - Enfermedad de Gaucher, Tipo 1, Tx de Reducción de Sustrato - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (<i>eliglustat tartrate</i>)	Nivel 4	
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>miglustat</i> (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Agentes para el Tratamiento de la Aciduria Orótica Hereditaria - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM (<i>uridine triacetate</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Agentes para el Tratamiento de la Tirosinemia Hereditaria - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (<i>nitisinone</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
ORFADIN ORAL 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 - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Inhibidores de Fosfatidilinositol-3-Quinasa (PI3K) - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG (<i>leniolisib phosphate</i>)	Nivel 4	PA
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG (<i>alpelisib</i>)	Nivel 4	PA
Modificadores Metabólicos - Agentes para Trastornos del Ciclo de la Urea: Agentes Conjugantes - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
OLPRUVA ORAL PELLETS IN PACKET 2 GRAM, 3 GRAM, 4 GRAM, 5 GRAM, 6 GRAM, 6.67 GRAM (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	Nivel 4	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (<i>glycerol phenylbutyrate</i>)	Nivel 4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	Nivel 4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 4	PA
Activador del Modificador Metabólico-Carbamoil Fosfato Sintetasa 1 (CPS 1) - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG (<i>carglumic acid</i>)	Nivel 4	PA
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Nivel 4	PA
Farmacopotenciador - Inhibidores del Citocromo P450 - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (<i>cobicistat</i>)	Nivel 2	QL (1 EA por 1 día)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Tx Chaperón Farmacológico - Estabilizador de la Enzima alfa-galactosidasa A - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG (<i>migalastat hcl</i>)	Nivel 4	PA
Tx Agentes de Fenilcetonuria (PKU) - Cofactor de la Fenilalanina Hidroxilasa - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Powder In Packet 100 Mg, 500 Mg)	Nivel 4	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Nivel 4	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Nivel 4	
Tx Agentes de Fenilcetonuria (PKU) - Fenilalanina Amoníaco Liasa - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	Nivel 4	PA
Agentes para el Tratamiento del Síndrome de Progeria - Inhibidor de Farnesiltransferasa - Fármacos que Alteran el Metabolismo		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (<i>lonafarnib</i>)	Nivel 4	PA
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Medicamentos para la Boca y Garganta		
Producto Dental - Preparaciones de Fluoruro - Medicamentos para la Boca y Garganta		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 3	
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 1	
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental cream 1.1 %</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>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental paste 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA EDAD ES DE 6 MESES A 6 AÑOS
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	\$0	EHB; \$0 COPAGO SI LA EDAD ES DE 6 MESES A 6 AÑOS
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % (<i>sodium fluoride/potassium nitrate</i>)	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (<i>sodium fluoride/potassium nitrate</i>)	Nivel 3	
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		
KOVANAZE NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 6-0.1 MG/0.2 ML (<i>tetracaine hcl/oxymetazoline 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
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	
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SWAB 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 acetonide</i> (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Nivel 1	
Boca y Garganta - Amidas Anestésicas Locales - Medicamentos para la Boca y Garganta		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lidocaine hcl 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 - Enjuagues Bucales - Medicamentos para la Boca y Garganta		
FIRST-MOUTHWASH BLM MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH 200-25-400-40 MG/30 ML (<i>diphenhydramine/lidocaine/magnesium,aluminum hydroxid/simeth</i>)	Nivel 3	
Boca y Garganta - Agentes de Mucositis-Estomatitis - Medicamentos para la Boca y Garganta		
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (<i>povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil</i>)	Nivel 3	
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (<i>potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps</i>)	Nivel 3	
Boca y Garganta - Protectores - Medicamentos para la Boca y Garganta		
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (<i>povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil</i>)	Nivel 3	
Boca y Garganta - Estimulantes de la Saliva - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Producto Periodontal - Inhibidores de Colagenasa Tipo Tetraciclina - Medicamentos para la Boca y Garganta		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Terapia para el Babeo - Sialorrea Primaria o Secundaria, Anticolinérgico - 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
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
Agentes de Esclerosis Múltiple - Medicamentos para el Sistema Nervioso		
Inhibidores de la Adhesión de Leucocitos, Mediados por alfa4, Anticuerpo IgG4k mc - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML (<i>natalizumab</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico CD20 - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
BRIUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>ublituximab-xiyy</i>)	Nivel 4	PA
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML (<i>ofatumumab</i>)	Nivel 4	PA
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML (<i>ocrelizumab</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico CD52 - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/1.2 ML (<i>alemtuzumab</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Interferones - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.5 ML (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA
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

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (<i>interferon beta-1b</i>)	Nivel 4	PA
EXTAVIA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.3 MG (<i>interferon beta-1b</i>)	Nivel 4	PA
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML (<i>interferon beta-1a/albumin human</i>)	Nivel 4	PA
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (<i>interferon beta-1a/albumin human</i>)	Nivel 4	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (<i>interferon beta-1a/albumin human</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Otros - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG (<i>monomethyl fumarate</i>)	Nivel 4	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
<i>glatiramer acetate</i> (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/MI, 40 Mg/MI)	Nivel 4	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG (<i>diroximel fumarate</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 - Bloqueador de Canales de Potasio - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Análogos de Nucleósidos de Purina - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (<i>cladribine</i>)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (<i>cladribine</i>)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (<i>cladribine</i>)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (<i>cladribine</i>)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (<i>cladribine</i>)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (<i>cladribine</i>)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (<i>cladribine</i>)	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Inhibidores de la Síntesis de Pirimidina - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Nivel 4	PA
Agente de Esclerosis Múltiple - Modulador del Receptor de Esfingosina 1-fosfato - Medicamentos para la Esclerosis Múltiple		
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 4	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (<i>fingolimod hcl</i>)	Nivel 4	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG (<i>siponimod</i>)	Nivel 4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (<i>siponimod</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) (<i>siponimod</i>)	Nivel 4	PA
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) (<i>ponesimod</i>)	Nivel 4	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG (<i>ponesimod</i>)	Nivel 4	PA
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (<i> fingolimod lauryl sulfate</i>)	Nivel 4	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (<i>ozanimod hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG - 0.92 MG (21) (<i>ozanimod hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (<i>ozanimod hydrochloride</i>)	Nivel 4	PA
Agentes Oftálmicos		
Antiparasitarios Oftálmicos		
XDEMVI OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (<i>lotilaner</i>)	Nivel 4	PA
Inhibidores del Complemento Oftálmico		
IZERVAY 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	
LACRISERT OPTHALMIC (EYE) INSERT 5 MG (<i>hydroxypropyl cellulose</i>)	Nivel 3	
MIEBO OPTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (<i>perfluorohexyloctane/pf</i>)	Nivel 3	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Inhibidores Biespecíficos de VEGF-A y Angiopoyetina-2 (Ang-2) - Medicamentos para el Cáncer		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION 6 MG/0.05 ML (<i>faricimab-svoa</i>)	Nivel 4	PA
Mióticos - Inhibidores de la Colinesterasa - Medicamentos para el Glaucoma		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % (<i>echothiophate iodide</i>)	Nivel 3	
Mióticos - Acción Directa - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Nivel 1	
Combinaciones Midriáticas y Ciclopléjicas - Medicamentos para los Ojos		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-1 % (<i>cyclopentolate hcl/phenylephrine hcl</i>)	Nivel 3	
<i>cyclopen-tropic-phenyleph-watr ophthalmic (eye) drops 1-1-2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-10 %- 0.5 %, 1 %-1 %-2.5 %- 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-0.1 %- 2.5 %-0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Agonista de los Receptores Adrenérgicos - Medicamentos para los Ojos		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (<i>oxymetazoline hcl/pf</i>)	Nivel 3	PA
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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 3	
PHOTREXA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.146 % (<i>riboflavin 5-phosphate sodium (b2)</i>)	Nivel 3	
PHOTREXA VISCOUS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, VISCOUS 0.146 % (<i>riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran</i>)	Nivel 3	
Oftálmico - Agentes para la Presbicia - Medicamentos para los Ojos		
VUITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % (<i>pilocarpine hcl</i>)	Nivel 3	PA
Oftálmico - Combinaciones de Antibacterianos y Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin b/hydrocortisone</i> (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Nivel 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (<i>tobramycin/dexamethasone</i>)	Nivel 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % (<i>tobramycin/dexamethasone</i>)	Nivel 3	ST
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % (<i>tobramycin/loteprednol etabonate</i>)	Nivel 3	
Oftálmico - Combinaciones de Antibacterianos, Glucocorticoides y AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>prednisol ace-gatiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisoln sp-gatiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<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 1.5-5 %</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl ophthalmic (eye) drops 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
Oftálmico – Anticolinérgicos - Medicamentos para los Ojos		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) ointment 1 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine sulfate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 1 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % (<i>homatropine hbr</i>)	Nivel 1	
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Nivel 1	
Oftálmicos - Agentes Antifibróticos - Medicamentos para los Ojos		
<i>mitomycin (pf) in water ophthalmic (eye) syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/ml</i>	Nivel 4	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG (<i>mitomycin</i>)	Nivel 3	
Oftálmicos - Antihistamínicos - Medicamentos para la Picazón en los Ojos		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (12 ML por 30 días)
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 30 días)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 30 días)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 1	QL (3 ML por 30 días)
Oftálmicos - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (15 ML por 14 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 3	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 14 días)
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 3	PA
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (<i>fluorometholone acetate</i>)	Nivel 3	ST; QL (15 ML por 14 días)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 14 días)
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (<i>fluorometholone</i>)	Nivel 3	ST; QL (10 ML por 14 días)
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT 0.19 MG (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 3	ST; QL (5.6 ML por 14 días)
KLARITY-L (LOTEPRED-CHOND)(PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5-0.25 % (<i>loteprednol etabonate/chondroitin sulfate a sodium/pf</i>)	Nivel 3	
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	QL (7 GM por 14 días)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	QL (10 GM por 14 días)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (10 GM por 14 días)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 14 días)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 3	ST; QL (25 ML por 14 días)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT 0.7 MG (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 3	
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (<i>prednisolone acetate</i>)	Nivel 3	ST; QL (20 ML por 14 días)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 14 días)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT 0.59 MG (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 3	
Oftálmicos - Antiinflamatorios, Inmunomoduladores - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 % (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 3	ST; QL (60 EA por 30 días)
CYCLOSPORINE IN KLARITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.25 % (<i>cyclosporine/chondroitin sulfate a sodium</i>)	Nivel 1	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	QL (5.5 ML por 30 días)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
VEVYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 3	PA
Oftálmico - Antiinflamatorio, Antagonistas de LFA-1 - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % (<i>lifitegrast</i>)	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
Oftálmico - Antiinflamatorios, AINE (NSAID) - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
ACUVAIL (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.45 % (<i>ketorolac tromethamine/pf</i>)	Nivel 3	ST; QL (60 EA por 15 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>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	Nivel 1	ST; QL (3 ML por 16 días)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	Nivel 1	ST; QL (5 ML por 16 días)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	Nivel 1	ST; QL (3.4 ML por 16 días)
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML por 14 días)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % (<i>nepafenac</i>)	Nivel 2	QL (3.4 ML por 16 días)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML por 30 días)
NEVANAC OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (<i>nepafenac</i>)	Nivel 3	ST; QL (9 ML por 16 días)
Oftálmico - Combinación de Betabloqueante-Adrenérgico-Inhibidor de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>timolol-brimonidi-dorzolam(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-0.15-2 %</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 (pf) ophthalmic (eye) drops 2-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 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
Oftálmicos - Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica - Medicamentos para el Glaucoma		
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (<i>brinzolamide</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		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sod ph-bromf (pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.09 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Factor de Crecimiento Nervioso Humano (hNGF)- Medicamentos para los Ojos		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (<i>cenegermin-bkbj</i>)	Nivel 4	PA
Oftálmico - Agentes Reductores de la Presión Intraocular, Betabloqueantes - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % (<i>timolol</i>)	Nivel 3	
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (<i>betaxolol hcl</i>)	Nivel 3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA por 1 día)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones de Anestésicos Locales - Medicamentos para los Ojos		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (<i>benoxinate hcl/fluorescein sodium</i>)	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Oftálmico - 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>brolucizumab-dbl</i>)	Nivel 4	PA
<i>bevacizumab intravitreal syringe 1.25 mg/0.05 ml, 2 mg/0.08 ml</i>	Nivel 4	PA
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab-nuna</i>)	Nivel 4	PA
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab-eqrn</i>)	Nivel 4	PA
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION 8 MG/0.07 ML (<i>aflibercept</i>)	Nivel 4	PA
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.05 ML (<i>aflibercept</i>)	Nivel 4	PA
EYLEA INTRAVITREAL SYRINGE 2 MG/0.05 ML (<i>aflibercept</i>)	Nivel 4	PA
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.1 ML (<i>avacincaptad pegol sodium/pf</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
LUCENTIS INTRAVITREAL SYRINGE 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (<i>ranibizumab/needle, initial fill, filter</i>)	Nivel 4	PA
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
Oftálmico - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para la Picazón en los Ojos		
ALOCRILOPHTHALMIC (EYE) DROPS 2 % (<i>nedocromil sodium</i>)	Nivel 2	ST; QL (20 ML por 30 días)
ALOMIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (<i>loodoxamide 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	
<i>tropic-proparacai-pe-ketor-wat ophthalmic (eye) drops 1-0.5-2.5-0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Agentes de Terapia Fotodinámica - Medicamentos para los Ojos		
VISUDYNE INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG (<i>verteporfin</i>)	Nivel 4	
Oftálmico - Combinación de Inhibidor de Rho Quinasa y Análogo de Prostaglandina - Medicamentos para el Glaucoma		
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % (<i>netarsudil mesylate/latanoprost</i>)	Nivel 3	ST; QL (2.5 ML por 25 días)
Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Medicamentos para los Ojos		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
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	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin b (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i> (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglucósidos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (<i>tobramycin</i>)	Nivel 2	
Antibiótico Oftálmico - Inhibidores de la Deshidropeptidasa - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 % (<i>besifloxacin hcl</i>)	Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 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	
KLARITY-A (AZITHRO-CHONDR)(PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1-0.25 % (<i>azithromycin/chondroitin sulfate a sodium/pf</i>)	Nivel 3	
Antibiótico Oftálmico - Sulfonamidas - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (<i>natamycin</i>)	Nivel 3	
Antibiótico Oftálmico - Tipo Polieno Tetraeno - Medicamentos para los Ojos		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (<i>natamycin</i>)	Nivel 3	
Antibiótico Oftálmico - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Nivel 1	
Antivirales Oftálmicos - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % (<i>ganciclovir</i>)	Nivel 3	ST
Reductores de Presión Oftálmico-Intraocular, Agonistas Sel Alfa Adrenérgicos - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % (<i>apraclonidine hcl</i>)	Nivel 3	
Agentes Reductores de la Presión Oftálmico-Intraocular, Análogos de Prostaglandinas - Medicamentos para el Glaucoma		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	QL (1 ML por 12 días)
DURYSTA INTRACAMERAL IMPLANT 10 MCG (<i>bimatoprost</i>)	Nivel 4	
IYUZEH 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 18 días)
Antagonistas del Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A) - Medicamentos para los Ojos		
BEOVU INTRAVITREAL SYRINGE 6 MG/0.05 ML (<i>brolocizumab-dbli</i>)	Nivel 4	PA
<i>bevacizumab intravitreal syringe 1.25 mg/0.05 ml, 2 mg/0.08 ml</i>	Nivel 4	PA
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab-nuna</i>)	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab-eqrn</i>)	Nivel 4	PA
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
LUCENTIS INTRAVITREAL SYRINGE 0.3 MG/0.05 ML, 0.5 MG/0.05 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (<i>ranibizumab/needle, initial fill, filter</i>)	Nivel 4	PA
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 4	PA
Inhibidores del Receptor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF-A y PIGF) - Medicamentos para los Ojos		
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION 8 MG/0.07 ML (<i>aflibercept</i>)	Nivel 4	PA
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION 2 MG/0.05 ML (<i>aflibercept</i>)	Nivel 4	PA
EYLEA INTRAVITREAL SYRINGE 2 MG/0.05 ML (<i>aflibercept</i>)	Nivel 4	PA
Soluciones para la Preservación de Órganos		
Soluciones Micropléjicas		
<i>microplegic solution no.1 perfusion solution 7.84 %-8.56 % (0.92 molar)</i>	Nivel 1	
<i>microplegic solution no.1-cp2d perfusion solution 7.84 %-8.56 % (0.92 molar)</i>	Nivel 1	
Soluciones para la Preservación de Órganos - Medicamentos para el Corazón		
Soluciones Cardiopléjicas y de Conservación de Otros Órganos Relacionados - Medicamentos para el Corazón		
CUSTODIOL HTK PERFUSION SOLUTION 9 MMOL-198 MMOL -2 MMOL/L (<i>cardioplegic and organ preservation solution no.1</i>)	Nivel 3	
Soluciones Cardiopléjicas - Medicamentos para el Corazón		

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA PERFUSION SOLUTION 26 MEQ/1,052.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.16)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM PERFUSION SOLUTION 108 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.10)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 4:1 PLASMALYT PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/542 ML (POTASSIUM) (cardioplegic no.23 (induction 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 48 MEQ/522.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.27 (induction 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH PERFUSION SOLUTION 70 MEQ/300 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.18 (induction 8:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/415 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.22 (induction 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.30 (induction 4:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1 PERFUSION SOLUTION 100 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.15 (induction 8:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAIN 8:1 NO-ENRCH PERFUSION SOLUTION 24 MEQ/300 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.32 (maintenance 8:1))	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 PLASMA PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/1,047 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.31 (maintenance 4:1))	Nivel 3	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 12 MEQ/504.8 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.29 (maintenance 4:1)</i>)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 20 MEQ/810 ML (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.20 (maintenance 4:1)</i>)	Nivel 1	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/L (POTASSIUM) (<i>cardioplegic solution no.26 (maintenance 4:1)</i>)	Nivel 1	
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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>cardioplegic solution no.25 perfusion solution 29 mmol/l (potassium)</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Medicamentos para el Oído		
Ótico (Oído) - Combinaciones Antiinfecciosas y Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 % (<i>ciprofloxacin hcl/hydrocortisone</i>)	Nivel 3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone otic (ear) solution 0.3-0.025 % (0.25 ml)</i>	Nivel 1	
CORTISPORIN-TC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (<i>neomycin sulf/colistin sul/hydrocortisone ac/thonzonium brom</i>)	Nivel 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibióticos		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibióticos		
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Glucocorticoides - Antiinfecciosos/Antiinflamatorios		
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Combinaciones de Pabellón Auricular - 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
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (<i>hydrocortisone/pramoxine hcl/chloroxylonol</i>)	Nivel 3	
Agentes de Terapia Respiratoria - Medicamentos para los Pulmones		
Combinaciones de Antihistamínicos y Descongestionantes de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
<i>phenylephrine hcl/promethazine hcl</i> (Promethazine Vc Oral Syrup 6.25-5 Mg/5 MI)	Nivel 1	
Combinaciones de Antihistamínico-Descongestionante-Anticolinérgico de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG (<i>pseudoephedrine hcl/chlorpheniramine maleate/bellad alk</i>)	Nivel 1	
Combinaciones de Antihistamínicos y Descongestionantes de 2da Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 12 HR 2.5-120 MG (<i>desloratadine/pseudoephedrine sulfate</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 EA por 1 día)
Antihistamínico - 1ra Generación - Etanolaminas - Medicamentos para Alergias		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Mín 2 Años)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Age (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	
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); Age (Mín 2 Años)
Antihistamínico - 1ª Generación - Fenotiazinas - Medicamentos para las Alergias		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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 - 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	Age (Mín 2 Años)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Age (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); Age (Mín 2 Años)
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Antihistamínico - 2da Generación - Medicamentos para Alergias		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 1 día)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Antihistamínico - 2da Generación - Piperazinas - Medicamentos para Alergias		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST; QL (10 ML por 1 día)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Antihistamínico - 2da Generación - Piperidinas - Medicamentos para Alergias		
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA por 1 día)
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 EA por 1 día)
Antitusivos - No Opioides - Medicamentos para las Alergias		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Terapia del Asma - Agentes Alfa/Beta Adrenérgicos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	Nivel 1	
Terapia del Asma - Inhibidores de Inmunoglobulina E (IgE), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG (<i>omalizumab</i>)	Nivel 4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML (<i>omalizumab</i>)	Nivel 4	PA
Terapia del Asma - Corticosteroides Inhalados (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
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	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, 55 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	Nivel 2	QL (30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (mometasone furoate)	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) (mometasone furoate)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	Nivel 1	QL (120 ML por 30 días)
budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml	Nivel 1	QL (60 ML por 30 días)
fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation	Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation	Nivel 1	QL (12 GM por 30 días)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation	Nivel 1	QL (24 GM por 30 días)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation	Nivel 1	QL (21.2 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
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (<i>budesonide</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (<i>beclomethasone dipropionate</i>)	Nivel 3	ST; QL (21.2 GM por 30 días)
Terapia del Asma - Antagonistas Alfa del Receptor de Interleucina-4 (IL-4), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 4	PA
Terapia del Asma - Inhibidores de Interleucina-5 (IL-5), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>reslizumab</i>)	Nivel 4	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	Nivel 4	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG (<i>mepolizumab</i>)	Nivel 4	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML (<i>mepolizumab</i>)	Nivel 4	PA
Terapia del Asma - Antagonistas Alfa del Receptor de Interleucina-5 (IL-5), MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML (<i>benralizumab</i>)	Nivel 4	PA
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML (<i>benralizumab</i>)	Nivel 4	PA
Terapia del Asma - Antagonistas de los Receptores de Leucotrienos - 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>montelukast oral granules in packet 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Terapia del Asma - Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
Terapia del Asma - Inhibidor de Linfopoyetina del Estroma Tímico, MAb - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) (<i>tezepelumab-ekko</i>)	Nivel 4	PA
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) (<i>tezepelumab-ekko</i>)	Nivel 4	PA
Terapia del Asma - Xantinas - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>theophylline anhydrous</i> (Elixophyllin Oral Elixir 80 Mg/15 ml)	Nivel 1	
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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Asma/EPOC (COPD) - Agentes Anticolinérgicos Inhalados de Acción Prolongada - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION (<i>umeclidinium bromide</i>)	Nivel 3	ST; QL (30 EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION (<i>tiotropium bromide</i>)	Nivel 2	QL (4 GM por 30 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG (<i>tiotropium bromide</i>)	Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (<i>aclidinium bromide</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
YUPELRI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 175 MCG/3 ML (<i>revefenacin</i>)	Nivel 3	ST; QL (90 ML por 30 días)
Asma/EPOC (COPD) - Agentes Anticolinérgicos Inhalados de Acción Corta - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (<i>ipratropium bromide</i>)	Nivel 2	QL (25.8 GM por 30 días)
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE (<i>salmeterol xinafoate</i>)	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Agentes Beta 2-Adrenérgicos, Inhalados, de Acción Corta - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Agentes Beta Adrenérgicos - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION (<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>)	Nivel 2	
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400-12 MCG/ACTUATION (<i>aclidinium bromide/formoterol fumarate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	Nivel 1	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION (<i>tiotropium bromide/olodaterol hcl</i>)	Nivel 2	QL (4 GM por 30 días)
Terapia para el Asma y EPOC (COPD) - Combinaciones Beta Adrenérgicas y Glucocorticoides - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone propionate/salmeterol xinafoate</i>)	Nivel 2	QL (12 GM por 30 días)
AIRDUO DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG-14 MCG/ACTUATION, 232-14 MCG/ACTUATION, 55-14 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone propionate/salmeterol xinafoate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION (<i>albuterol sulfate/budesonide</i>)	Nivel 2	QL (32.1 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE (<i>fluticasone furoate/vilanterol trifenate</i>)	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
<i>budesonide/formoterol fumarate</i> (Breyna Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Actuation, 80-4.5 Mcg/Actuation)	Nivel 1	QL (30.9 GM por 30 días)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (30.9 GM por 30 días)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION, 50-5 MCG/ACTUATION (<i>mometasone furoate/formoterol fumarate</i>)	Nivel 3	ST; QL (39 GM por 30 días)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION (<i>mometasone furoate/formoterol fumarate</i>)	Nivel 3	ST; QL (13 GM por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol xinafoate</i> (Wixela Inhub Inhalation Blister With Device 100-50 Mcg/Dose, 250-50 Mcg/Dose, 500-50 Mcg/Dose)	Nivel 1	QL (60 EA días 30 días)
Tx Asma/EPOC (COPD) - Combinación Beta-Adrenérgica-anticolinérgica-Glucocorticoide - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION (<i>budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate</i>)	Nivel 2	QL (10.7 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG (<i>fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate</i>)	Nivel 2	QL (60 EA por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 200-62.5-25 MCG (<i>fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate</i>)	Nivel 2	QL (2 EA por 1 día)

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la 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 - Aminoglucósidos Inhalados - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG (<i>tobramycin</i>)	Nivel 4	PA
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>tobramycin with nebulizer inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 4	PA
Fibrosis Quística - Monobactamas Inhaladas - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML (<i>aztreonam lysine</i>)	Nivel 4	PA
Fibrosis Quística - Agentes Osmóticos Inhalados - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG (<i>mannitol</i>)	Nivel 4	ST; QL (20 EA por 1 día); Age (Mín 18 Años)
Fibrosis Quística - Potenciador del Regulador de Conductancia Transmembrana (CFTR) - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG (<i>ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG (<i>ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA
Potenciador y Corrector Cmb del Reg (CFTR) de Conducta Transmembránica de Fibra Quística - Medicamentos para la Fibrosis Quística		
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG (<i>lumacaftor/ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG (<i>lumacaftor/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
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) (tezacaftor/ivacaftor)	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) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 4	PA
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 4	PA
Inhibidores de Elastasa - Medicamentos para el Asma/EPOC (COPD)		
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 4	
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GRAM/50 ML (2 %) (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 4	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 4	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+-)/20 ML (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 4	
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 4	
Surfactantes Pulmonares - Medicamentos para los Pulmones		
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 120 MG/1.5 ML, 240 MG/3 ML (poractant alfa)	Nivel 3	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 35 MG/ML (calfactant)	Nivel 3	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION 25 MG/ML (beractant)	Nivel 3	
Mucolíticos - Medicamentos para los Pulmones		

PA = Requiere Autorización Previa | QL = Límite de Cantidad | ST = Terapia Escalonada | Age = Cambio de Edad | SP = Especialidad | EHB = USPSTF A & B | DD = Medicamento o Dispositivo para la Diabetes | 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	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML (<i>dornase alfa</i>)	Nivel 4	PA
Anestésicos Nasales - Alergia		
<i>cocaine nasal solution 4 %</i>	Nivel 1	
NUMBRINO NASAL SOLUTION 4 % (<i>cocaine hcl</i>)	Nivel 1	
Anticolinérgicos Nasales - Alergia		
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Antihistamínicos Nasales y Esteroides Antiinflamatorios - Alergia		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Nivel 1	ST; QL (23 GM por 30 días)
Antihistamínicos Nasales - Alergia		
<i>azelastine nasal aerosol, spray 137 mcg (0.1 %)</i>	Nivel 1	QL (60 ML por 30 días)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 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)

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION (<i>beclomethasone dipropionate</i>)	Nivel 2	ST; QL (10.6 GM por 30 días)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone propionate</i>)	Nivel 2	ST; QL (32 ML por 30 días)
ZETONNA NASAL HFA AEROSOL INHALER 37 MCG/ACTUATION (<i>ciclesonide</i>)	Nivel 3	ST; QL (6.1 GM por 30 días)
Preparaciones Nasales - Agonista Parcial del Receptor Nicotínico - Medicamentos para la Nariz		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (<i>varenicline tartrate</i>)	Nivel 3	PA
Descongestionantes Simpaticomiméticos nasales (Intranasales) - Alergia		
<i>epinephrine hcl nasal solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
Combinaciones de Antihistamínicos y Descongestionantes No Opioides de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
<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); Age (Mín 18 Años)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día); Age (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
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); Age (Mín 18 Años)
Combinación de Antitusivo Opioide, Antihistamínico y Descongestionante de 1ra Generación - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
<i>promethazine/phenylephrine hcl/codeine</i> (Promethazine Vc-Codeine Oral Syrup 6.25-5-10 Mg/5 MI)	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día); Age (Mín 18 Años)
Combinaciones de Opioides Antitusivos y Anticolinérgicos - Medicamentos para la Tos y el Resfriado		
<i>hydrocodone-homatropine oral syrup 5-1.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día); Age (Mín 18 Años)
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA por 1 día); Age (Mín 18 Años)
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide</i> (Hydromet Oral Syrup 5-1.5 Mg/5 MI)	Nivel 1	QL (30 ML por 1 día); Age (Mín 18 Años)
Agentes Esclerosantes Pleurales - Medicamentos para los Pulmones		
SCLEROSOL INTRAPLEURAL INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 4 GRAM (<i>talc</i>)	Nivel 3	
<i>sterile talc intrapleural suspension for reconstitution 5 gram</i>	Nivel 1	
STERITALC INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 3 GRAM (<i>talc</i>)	Nivel 3	
STERITALC INTRAPLEURAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2 GRAM, 4 GRAM (<i>talc</i>)	Nivel 3	
Agentes para el Tratamiento de la Fibrosis Pulmonar - Terapia Antifibrótica - Medicamentos para los Pulmones		
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Nivel 4	PA

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
Agentes para el Tratamiento de la Fibrosis Pulmonar - Inhibidores Multiquinasa - Medicamentos para los Pulmones		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (<i>nintedanib esylate</i>)	Nivel 4	PA
Productos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
Antibacteriano Vaginal - Lincosamidas - Medicamentos para Infecciones		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (<i>clindamycin phosphate</i>)	Nivel 3	ST; QL (3 EA por 30 días)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Nivel 1	
CLINDESSE VAGINAL CREAM, EXTENDED RELEASE 2 % (<i>clindamycin phosphate</i>)	Nivel 3	ST
Antifúngico Vaginal - Imidazoles - Medicamentos para Infecciones		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (<i>butoconazole nitrate</i>)	Nivel 2	
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	
Antifúngico Vaginal - Triazoles - Medicamentos para Infecciones		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Nivel 1	
<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)</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	

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

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel del medicamento	Requisitos y Límites de Cobertura
RELAGARD VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (<i>acetic acid/oxyquinoline sulfate</i>)	Nivel 3	
TRIMO-SAN JELLY VAGINAL GEL 0.025-0.01 % (<i>oxyquinoline sulfate/sodium lauryl sulfate</i>)	Nivel 3	
Estrógenos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Nivel 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Nivel 1	
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) (<i>estradiol</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 90 días)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (<i>estradiol acetate</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 EA por 84 días)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM (<i>estrogens, conjugated</i>)	Nivel 2	
<i>estradiol</i> (Yuvaferm Vaginal Tablet 10 Mcg)	Nivel 1	
Progestágenos Vaginales - Medicamentos para el Cuidado Femenino		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (<i>progesterone, micronized</i>)	Nivel 3	

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

Índice de Medicamentos

A		
abacavir.....	50	
abacavir-lamivudine.....	52	
ABILIFY ASIMTUFII.....	154	
ABILIFY MANTENA	154	
abiraterone.....	65, 68	
ABRYSVO	95	
acamprosate.....	175	
acarbose.....	248	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP	326, 356	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM.....	337, 356	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS	326, 356	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	337, 356	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	337, 356	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP	326, 357	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS.....	337, 357	
Accutane	198	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS	326, 357	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER.....	349, 357	
acebutolol.....	123	
acetaminophen-codeine.....	19	
acetazolamide.....	128	
acetic acid.....	292, 417	
acetylcysteine	39, 430	
ACIOXIA.....	218	
ACIPHEX SPRINKLE	278	
acitretin	210	
ACTEMRA.....	31, 32	
ACTEMRA ACTPEN	31	
ACTHAR	245	
ACTI-LANCE LANCETS.....	337, 357	
ACTIMMUNE.....	45	
ACUVAIL (PF)	404	
acyclovir.....	58, 211	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	103	
ADAKVEO.....	313	
adalimumab-adaz 23, 25, 285, 286		
adapalene.....	201	
adapalene-benzoyl peroxide....	201	
ADASUVE	152	
ADBRY.....	204	
ADCETRIS	69, 89	
ADDYI.....	166	
adefovir	56	
ADEINZDE	200	
ADEMPAS	132	
adenovirus vac live type-4, 7	101, 106	
adenovirus vaccine live type-4.....	101, 106	
adenovirus vaccine live type-7.....	101, 106	
ADLARITY	179	
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN.....	267	
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO.....	267	
ADUHELM.....	179	
ADULT ASPIRIN REGIMEN	36, 314	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN...	36, 315	
ADVAIR HFA	426	
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT.....	214	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP	326, 357	
ADVANCED TRAVEL LANCETS.....	338, 357	
ADVATE	304	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST	335, 357	
ADVOCATE LANCET	338, 357	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS	326, 357	
ADYNOVATE	304	
ADZENYS XR-ODT	156, 164	
ADZYNMA	299	
AEMCOLO.....	62	
AEROCHAMBER MINI.....	349, 357	
AEROCHAMBER MV	349, 357	
AEROCHAMBER PLUS FLOW- VU	349, 357	
AEROCHAMBER PLUS FLOW- VU,L MSK.....	349, 357	
AEROCHAMBER PLUS FLOW- VU,M MSK.....	349, 357	
AEROCHAMBER PLUS FLOW- VU,S MSK.....	349, 357	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT	350, 358	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK.....	349, 357	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK	349, 358	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK.....	350, 358	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG.....	350, 358	
AEROTRACH PLUS	350, 358	
AEROVENT PLUS	350, 358	
Afirmelle.....	183	
AFLURIA QD 2023-24(3YR UP)(PF).....	107	
AFLURIA QUAD 2023- 2024(6MO UP)	108	
AFREZZA.....	265	
AFSTYLA.....	304	
AFTER PILL	195, 196	
AFTERA	195, 196	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS	326, 358	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS	327, 358	
AGAMREE.....	260	
AGGRASTAT CONCENTRATE	314	
AGGRASTAT IN SODIUM CHLORIDE	314	
AIMOVIG AUTOINJECTOR	167	
AIMSCO LATEX CONDOM	348, 358	
AIRDUO DIGIHALER	426	
AIRSUPRA.....	426	
AJOVY AUTOINJECTOR ...	167	

AJOVY SYRINGE	167	ALUNBRIG	67	ANALPRAM-HC	219
AKEEGA	64	ALVESCO	421	ANASCORP	96
AKLIEF	202	alvimopan.....	41	ANASTIA	225
AKTEN (PF).....	408	Alyacen 1/35 (28)	183	anastrozole	72
AKYNZEO (NETUPITANT). 276		Alyacen 7/7/7 (28)	193	ANDRODERM.....	247
Ala-Cort	214	ALYMSYS	64	ANGELIQ.....	256
Ala-Scalp.....	214	Amabelz	257	ANNOVERA	195
albendazole	43	amantadine hcl	148, 149	ANORO ELLIPTA	425
albuterol sulfate.....	425	ambrisentan	132	anticoag citrate phos dextrose. 300	
Alcaine	408	AMELUZ.....	223	ANUCORT-HC	38
alclometasone.....	214	Amethia.....	181	ANZEMET	276
ALCOHOL PADS	93	Amethyst (28)	183	APIDRA SOLOSTAR U-100	
ALCOHOL PREP PADS.....	93	amiloride	128	INSULIN.....	267
alcohol swabs	93	amiloride-hydrochlorothiazide 128		APIDRA U-100 INSULIN	267
ALCOHOL WIPES	93	aminocaproic acid	308	APLIGRAF.....	228
ALDURAZYME.....	388	amiodarone.....	116	apomorphine	149
ALECENSA.....	67	amitriptyline.....	146	apraclonidine.....	412
alendronate	255	amitriptyline-chlordiazepoxide.....	145, 160	aprepitant.....	276
ALFERON N	220	AMJEVITA(CF).....	23, 26, 286	APRETUDE.....	48
alfuzosin.....	294	AMJEVITA(CF)		Apri	183
ALINIA.....	47	AUTOINJECTOR.....	23, 26, 286	APTIOM	138
aliskiren.....	133	amlodipine.....	125	APTIVUS.....	61
ALKINDI SPRINKLE.....	260	amlodipine-atorvastatin.....	122	ARAKODA.....	46
allopurinol	298	amlodipine-benazepril.....	111	ARALAST NP	429
almotriptan malate	168	amlodipine-olmesartan.....	112	Aranelle (28).....	193
ALOCRIAL	409	amlodipine-valsartan.....	112	ARANESP (IN POLYSORBATE)	
alogliptin	249	amlodipine-valsartan-hcthiamid 113		.....	302
alogliptin-metformin	253	ammonium lactate	214	ARCALYST	22
alogliptin-pioglitazone	253	Amnesteem	198	AREXVY (PF).....	95
ALOMIDE	409	AMONDYS-45	323	arformoterol	424
alosetron.....	283, 288	amoxapine	146	argatroban	317
ALPHANATE.....	304	amoxicil-clarithromy-lansopraz....	282	argatroban in 0.9 % sod chlor .317	
ALPHANINE SD.....	303	amoxicillin	42	ARIDOL BRONCHIAL	
alprazolam.....	134, 159, 160	amoxicillin-pot clavulanate. 42, 43		CHALLENGE.....	232
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	134, 159	amphetamine	156, 164	ARIKAYCE.....	42
ALPROLIX.....	303	amphetamine sulfate 156, 165, 172		aripiprazole	154, 163
ALTABAX	205	ampicillin	42	ARISTADA	154, 155
ALTACAINE.....	408	AMVISC	410	armodafinil.....	171
ALTAFLUOR BENOX.. 406, 407		AMVISC PLUS	410	ARMONAIR DIGIHALER	421
Altavera (28).....	183	AMVUTTRA.....	247	ARMOUR THYROID	272
ALTERNATE SITE LANCET.....	338, 358	amyl nitrite	39, 114	ARNUITY ELLIPTA	421
ALTOPREV	117	ANACAINE.....	226	arsenic trioxide.....	72
ALTRENO.....	202	anagrelide.....	314	ARTISS.....	225
ALTUVIIIO	304	ANA-LEX KIT	38	ARZERRA.....	74
				ASCENIV	97
				Ascomp With Codeine.....	19

ASCOR.....	243	AUSTEDO 12MG START		BAYER ASPIRIN	36, 315
ascorbic acid (vitamin c).....	244	TITR(WK1-4).....	169, 170	BAYER LOW DOSE ASPIRIN...	
asenapine maleate	149, 163	AUSTEDO TD TITRATN PK		.....	36, 315
Ashlyna	181	(WK 1-2).....	169, 170	B-COMPLEX INJECTION	237
ASMANEX HFA.....	421	AUSTEDO XR	169, 170	BD ALCOHOL SWABS	93
ASMANEX TWISTHALER ..	421	AUVELITY	143	BD AUTOSHIELD DUO PEN	
ASPARLAS	72	AVASTIN.....	64	NEEDLE.....	346, 358
aspirin.....	36, 315	AVEED	247	BD INSULIN SYRINGE (HALF	
ASPIRIN CHILDRENS....	36, 315	AVEIDA	224	UNIT).....	347, 359
aspirin-dipyridamole	314	Aviane	184	BD INSULIN SYRINGE U-500 ..	
ASPIR-TRIN.....	36, 315	AVITA	202	.....	347, 359
ASSURE 4 STRIPS	327, 358	AVITENE	309	BD INSULIN SYRINGE	
ASSURE LANCE.....	338, 358	AVITENE FLOUR	309	ULTRA-FINE	347, 359
ASSURE LANCE PLUS	338, 358	AVONEX.....	395	BD MICROTAINER LANCET ...	
ASSURE PLATINUM TEST		AVSOLA	23, 26, 286	.....	338, 359
STRIP.....	327, 358	Ayuna.....	184	BD NANO 2ND GEN PEN	
ASSURE PRISM MULTI STRIP.		AYVAKIT	82	NEEDLE.....	347, 359
.....	327, 358	azacitidine	70	BD POSIFLUSH NORMAL	
ASTAGRAF XL	318	AZASITE.....	412	SALINE 0.9	242
ASTRINGYN	309	azathioprine.....	30, 320	BD ULTRA-FINE MICRO PEN	
atazanavir	61	azelaic acid.....	198, 224	NEEDLE.....	347, 359
atenolol.....	123	azelastine.....	402, 430	BD ULTRA-FINE MINI PEN	
atenolol-chlorthalidone	126	azelastine-fluticasone	430	NEEDLE	347, 359
ATGAM.....	101	AZELEX.....	198, 224	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
atomoxetine.....	159	azithromycin	59	NEEDLE.....	347, 359
ATORVALIQ	117	AZOPT.....	406	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
atorvastatin.....	118	AZSTARYS.....	156	NEEDLE.....	347, 359
atovaquone	46	Azurette (28).....	182	BD ULTRA-FINE SHORT PEN	
atovaquone-proguanil	45	B		NEEDLE.....	347, 359
ATRAPRO CP	214	B COMPLEX 100.....	237	BD VEO INSULIN SYR (HALF	
ATROPEN	130	bacitracin.....	411	UNIT).....	347, 360
atropine	402	bacitracin-polymyxin b	410	BD VEO INSULIN SYRINGE	
atropine sulfate (pf).....	402	baclofen.....	325	UF	348, 360
ATROVENT HFA	424	BAFIERTAM	396	BD VERITOR AT-HOME	
ATRYN.....	313	BALCOLTRA.....	184	COVID19 TST.....	335, 360
Aubra	183	balsalazide.....	284	BELEODAQ.....	77
Aubra Eq.....	183	BALVERSA	76	belladonna alkaloids-opium	281
AUGTYRO.....	82	Balziva (28).....	184	BELRAPZO.....	67
Aurovela 1.5/30 (21).....	183	BAQSIMI.....	245	BELSOMRA.....	173
Aurovela 1/20 (21).....	183	BARACLUDGE	56	benazepril.....	111
Aurovela 24 Fe.....	183	BASADROX.....	205	benazepril-hydrochlorothiazide	
Aurovela Fe 1.5/30 (28).....	183	BASAGLAR KWIKPEN U-100		.....	111
Aurovela Fe 1-20 (28).....	184	INSULIN.....	266	bendamustine	67
AURYXIA	239, 293, 294	BAVENCIO.....	88	BENDEKA	67
AUSTEDO.....	169, 170	BAXDELA	55	BENEFIX.....	303

BENLYSTA..... 33
 benzhydrocodone-acetaminophen.
 20
 benznidazole 46
 benzonatate 420
 benzoyl peroxide..... 201
 benzphetamine 235
 benztropine..... 148
 BEOVU..... 408, 413
 bepotastine besilate 402
 BERINERT 301
 BESIVANCE 411
 BESPONSA 69, 89
 BESREMI 77
 betaine..... 390
 BETALOAN SUIK..... 260
 betamethasone dipropionate.....
 214, 215
 betamethasone valerate 215
 betamethasone, augmented 215
 BETASERON..... 395
 betaxolol..... 123, 407
 bethanechol chloride 298
 BETIMOL..... 407
 BETOPTIC S 407
 bevacizumab 408, 413
 BEVESPI AEROSPHERE..... 425
 bexarotene 85, 210
 BEXSERO 105
 BEYAZ 184
 bicalutamide 68
 BIJUVA 257
 BIKTARVY 52
 bimatoprost 413
 BIMZELX..... 203
 BIMZELX AUTOINJECTOR 203
 BINAXNOW COVID AG CARD
 HOME TST..... 335, 360
 BINAXNOW COVID-19 AG
 SELF TEST..... 335, 360
 BIOGLO 406
 BIOLON 410
 BIONIME RIGHTEST TEST
 STRIPS 327, 360
 bismuth subcit k-metronidz-tcn
 282
 bisoprolol fumarate 123
 bisoprolol-hydrochlorothiazide 126
 bivalirudin 317
 BIVIGAM..... 98
 bleomycin..... 88
 BLINCYTO 90
 Blisovi 24 Fe..... 184
 Blisovi Fe 1.5/30 (28) 184
 Blisovi Fe 1/20 (28) 184
 BLOOD GLUCOSE TEST.....
 327, 360
 BLU LINK GLUCOSE TEST
 STRIP..... 327, 360
 BOOSTRIX TDAP 104
 bortezomib 82
 bosentan 132
 BOSULIF 82, 83
 BOTOX..... 324
 BP 10-1 199
 BPO 201
 BRAFTOVI..... 73
 BREATHERITE MDI SPACER ..
 350, 360
 BREATHERITE SPACER-
 MASK, NEO..... 350, 360
 BREATHERITE SPACER-
 MASK,ADULT 350, 360
 BREATHERITE SPACER-
 MASK,CHILD..... 350, 360
 BREATHERITE SPACER-
 MASK,INFANT 350, 361
 BREATHERITE SPACER-
 MASK,S.CHLD..... 350, 361
 BREATHERITE VALVED MDI
 CHAMBER..... 350, 361
 BREATHERITE VALVED MDI
 SPACER 350, 361
 BREEZE 2 TEST STRIPS.....
 327, 361
 BRENZAVVY 251
 BREO ELLIPTA..... 426
 BREXAFEMME..... 44
 Breyna..... 426
 BREZTRI AEROSPHERE 427
 Briellyn 184
 BRILINTA 314
 brimonidine 224, 412
 brimonidine-dorzolamide (pf). 399
 brimonidine-timolol 405
 BRINEURA 386, 387
 BRIUMVI 395
 BRIVIACT..... 141
 BRIXADI..... 174
 Bromfed Dm 431
 bromfenac 405
 bromocriptine..... 148
 brompheniramine-pseudoeph-dm .
 431
 BRONCHITOL..... 428
 BRUKINSA 73, 83
 budesonide 284, 421
 budesonide-formoterol 427
 BULLSEYE MINI SAFETY
 LANCETS..... 338, 361
 bumetanide..... 128
 buprenorphine 21
 buprenorphine hcl 21, 174
 buprenorphine-naloxone . 174, 175
 bupropion hcl 146
 bupropion hcl (smoking deter) 175
 buspirone..... 135
 busulfan..... 66
 Butalbital Compound W/Codeine.
 19
 butalbital-acetaminop-caf-cod .. 19
 butalbital-acetaminophen 22
 butalbital-acetaminophen-caff .. 22
 butalbital-aspirin-caffeine 36
 butorphanol 21
 BUTTERFLY TOUCH LANCET
 338, 361
 BYDUREON BCISE 249
 BYETTA..... 250
 BYLVAY 318
 BYOOVIZ..... 408, 413
 C
 CABENUVA 48
 cabergoline..... 271
 CABLIVI 299
 CABOMETYX 80
 cabotegravir..... 48
 CABTREO 200

CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT	356	CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	415	CAVERJECT IMPULSE.....	233
caffeine citrate.....	166	CARDIOPLEGIA MAIN 8:1 NO-ENRCH.....	415	CAYA CONTOURED....	336, 361
calcipotriene.....	210	CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 PLASMA	415	CAYSTON.....	428
calcipotriene-betamethasone...	202	1 RINGER.....	416	Caziant (28).....	193
calcitonin (salmon).....	256	CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	416	cefaclor.....	54
calcitriol	210, 244, 389	CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	416	cefadroxil	54
calcium acetate(phosphat bind)293		CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	416	cefdinir	54
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)73, 83		CARDIOPLEGIA WARM INDUCT 4:1	416	cefixime.....	55
Camila.....	192	cardioplegic no.17(induct 4:1) 416		cefpodoxime.....	55
CAMPTOSAR	86	cardioplegic no.19 (maint 4:1) 416		cefprozil	54
CAMRESE.....	182	cardioplegic soln	416	cefuroxime axetil	54
CAMRESE LO	182	cardioplegic solution no.25.....	417	celecoxib	33
CAMZYOS.....	126	CARDURA XL.....	130	CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME.....	335, 361
candesartan.....	113	CAREONE ULTRA THIN LANCET.....	338, 361	CEM-UREA.....	220
candesartan-hydrochlorothiazid....	113	CARESENS LANCETS . 338, 361		CENTANY AT	205
.....	113	CARESENS N TEST STRIPS.....	327, 361	cephalexin	54
cantharidin in acetone	220	CARESTART COVID-19 AG HOME TST.....	335, 361	CEPROTIN (BLUE BAR).....	316
capecitabine.....	70	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	93	CEPROTIN (GREEN BAR)...	316
CAPEX	215	CARETOUCH SAFETY LANCETS.....	338, 361	CEQUA.....	404
CAPLYTA	151	CARETOUCH TEST STRIP.....	327, 361	CERDELGA	389
CAPRELSA	83	CARETOUCH TWIST LANCET	338, 361	CEREZYME.....	387
captopril	111	carglumic acid.....	390	CERVIDIL.....	245
captopril-hydrochlorothiazide. 111		carisoprodol.....	325	CETACAINE.....	222
CARBAGLU.....	390	carisoprodol-aspirin	324	CETACAINE ANESTHETIC	222
carbamazepine.....	138, 139, 161	carisoprodol-aspirin-codeine... 326		cetirizine.....	420
CARBATROL	139, 161	carmustine	67	cetrotorelix	270
carbidopa.....	148	carteolol.....	407	cevimeline.....	394
carbidopa-levodopa.....	147	Cartia Xt.....	124	Charlotte 24 Fe.....	184
carbidopa-levodopa-entacapone ...	147	carvedilol.....	112	Chateal (28).....	184
carbinoxamine maleate ... 418, 419		carvedilol phosphate	112	Chateal Eq (28)	184
carboplatin.....	81	CAVERJECT.....	233	CHEK-STIX CONTROL.....	230, 356, 361
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	415			CHEMET	41
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM.....	415			CHEMSTRIP 10 MD.....	231, 361
CARDIOPLEGIA IND 4:1 PLASMALYT.....	415			CHEMSTRIP 10/SG.....	231, 362
1 RINGER.....	415			CHEMSTRIP 2 GP.....	231, 362
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH.....	415			CHEMSTRIP 50B	231, 362
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	415			CHEMSTRIP 7	231, 362
				CHEMSTRIP 9	231, 362
				CHENODAL.....	278
				CHILDREN'S ASPIRIN... 36, 315	
				chlordiazepoxide hcl	134, 160
				chlordiazepoxide-clidinium	160, 281

chlorhexidine gluconate	393	CITRANATAL HARMONY	Clomid.....	259
chloroquine phosphate	46	(IRON FUM)	clomiphene citrate	259
chlorpromazine	152	citric-sod citrat-sod phos-dex..	clomipramine	146
chlorthalidone	129	300	clonazepam	134, 135, 160
chlorzoxazone	325	cladribine.....	clonidine.....	127
CHOICEDM CLARUS ..	327, 362	Claravis	clonidine hcl.....	127, 155
CHOLBAM.....	276	CLARINEX-D 12 HOUR.....	clopidogrel	315
cholestyramine (with sugar)....	116	clarithromycin	clorazepate dipotassium ..	134, 160
Cholestyramine Light.....	116	CLEANSING WASH	clotrimazole.....	208, 393
cholestyramine-aspartame.....	116	199, 224	clotrimazole-betamethasone ...	209
choline,magnesium salicylate ...	36	CLEARSHIELD SODIUM	clozapine	151
chorionic gonadotropin, human	263	CHLOR FLUSH	COAGADEx	307
CIBINQO	204	clemastine	COAGUCHEK LANCETS	338, 362
CICLODAN KIT	207	CLENPIQ.....	COARTEM.....	45
ciclopirox	207	CLEOCIN	cocaine	430
ciclopirox-ure-camph-menth-euc..	207	CLEVER CHEK LANCETS	codeine sulfate	15
.....	207	.....	codeine-butalbital-asa-caff.....	19
cilostazol	314	CLEVER CHOICE CHAMBER-	colchicine	298
CILOXAN.....	411	LRG MASK	colesevelam.....	117
CIMDUO	49	350, 362	COLESTID FLAVORED.....	117
CIMERLI	408, 414	CLEVER CHOICE CHAMBER-	colestipol	117
cimetidine.....	278	MED MASK	COLOR LANCETS	338, 362
CIMZIA	23, 26, 286	350, 362	COLUMVI.....	64
CIMZIA POWDER FOR		CLEVER CHOICE CHAMBER-	COMBIPATCH	257
RECONST	23, 26, 286	SM MASK	COMBISTIX REAGENT.....	231, 363
CIMZIA STARTER KIT	23, 26, 286	351, 362	COMBIVENT RESPIMAT ...	426
cinacalcet.....	256	CLEVER CHOICE MICRO	COMETRIQ.....	80
CINQAIR.....	422	TEST STRIP	COMFORT EZ LANCETS	338, 363
CINRYZE	301	327, 362	.....
CIPRO.....	55	CLEVER CHOICE PRO	COMFORT TOUCH PLUS	
CIPRO HC	417	327, 362	SAFETY LANC.....	338, 363
ciprofloxacin	55	CLEVER CHOICE TALK TEST.	COMFORT TOUCH ULT THIN	
ciprofloxacin hcl	55, 411, 417	.....	LANCETS.....	338, 363
ciprofloxacin-dexamethasone .	417	CLEVER CHOICE TEST	COMFORTSEAL LARGE	
ciprofloxacin-fluocinolone.....	417	STRIPS	MASK.....	351, 363
cisplatin.....	81	327, 362	COMFORTSEAL MEDIUM	
citalopram	143	CLEVER CHOICE VOICE PLUS	MASK.....	351, 363
CITRANATAL (DUAL-IRON) ...	240	TEST	COMFORTSEAL SMALL	
.....	240	327, 362	MASK.....	351, 363
CITRANATAL 90 DHA		CLIMARA PRO	COMIRNATY 2023-24 (12Y	
(ALGAL OIL).....	240	257	UP)(PF).....	106
CITRANATAL ASSURE.....	241	clindamycin hcl.....	COMPACT SPACE CHAMBER.	
CITRANATAL DHA (ALGAL		59	.....	351, 363
OIL)	241	clindamycin palmitate hcl	COMPACT SPACE CHAMBER-	
		59	LRG MASK	351, 363
		Clindamycin Pediatric.....		
		59		
		clindamycin phosphate....		
		198, 433		
		clindamycin-benzoyl peroxide		
		199		
		CLINDESSE		
		433		
		CLINITEST COVID-19 HOME		
		TEST		
		335, 362		
		CLINPRO 5000		
		391		
		clobazam		
		135, 160		
		clobetasol		
		215		
		clobetasol-emollient.....		
		215		
		clocortolone pivalate.....		
		215		
		CLODAN KIT		
		219		
		clofarabine.....		
		70		

COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	351, 363	CRYODOSE TA MIST SPRAY ..	222	cytarabine	71
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	351, 363	Cryselle (28).....	184	cytarabine (pf).....	71
COMPLERA.....	53	CRYSVITA.....	259	CYTOGAM	97
Compro	275	CUPRIMINE.....	32, 40	D	
CONJUPRI	125	CURAE.....	195, 196	dabigatran etexilate	317
Constulose.....	288	CURITY ALCOHOL SWABS.	93	dactinomycin.....	87
CONTOUR NEXT TEST STRIPS	327, 363	CUROSURF	429	dalfampridine	397
CONTOUR TEST STRIPS.....	327, 363	CUSTODIOL HTK.....	414	danazol	262
CONTRAVE.....	236	CUTAQUIG.....	98	dantrolene.....	325
COPIKTRA.....	81	CUVITRU.....	98	dapsone	45, 198
CORDRAN.....	216	CUVRIOR.....	40	darifenacin.....	296
CORDRAN TAPE LARGE ROLL	215	cyanocobalamin (vitamin b-12)	243	DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	328, 363
CORDX COVID-19 AG HOME TEST	335, 363	cyclobenzaprine	325	DARTISLA.....	281
CORIFACT.....	307	CYCLOMYDRIL	399	darunavir	61
CORLANOR.....	129	cyclopentolate	402	DARZALEX	75
CORTANE-B.....	418	cyclophen-tropic-phenyleph-watr ...	399	DARZALEX FASPRO.....	74
CORTIFOAM.....	284	cyclopent-tropic-phen-ketr-wat399		Dasetta 1/35 (28).....	185
cortisone	260	cyclophosphamide.....	30, 66	Dasetta 7/7/7 (28).....	193
CORTISPORIN-TC	417	cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ...	399	daunorubicin	87
CORTROPHIN GEL	245	cycloserine	53	DAURISMO	76
COSENTYX	203, 204	CYCLOSET.....	249	DAYBUE.....	178
COSENTYX (2 SYRINGES) ..	203	cyclosporine	31, 318, 319	Daysee.....	182
COSENTYX PEN.....	204	CYCLOSPORINE IN KLARITY.	404	DAYVIGO	173
COSENTYX PEN (2 PENS) ..	203	cyclosporine modified31, 318, 319		DAZAVEIDAOXIA.....	224
COSENTYX UNOREADY PEN .	204	CYLTEZO(CF).....	24, 26, 286	DAZOMON	224
COTELLIC	79	CYLTEZO(CF) PEN ..	24, 26, 286	DEBACTEROL	393
COTEMPLA XR-ODT.....	156	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS.....	23, 26, 286	Deblitane	192
COVARYX.....	256	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	24, 26, 286	decitabine	71
COVARYX H.S.....	256	cyproheptadine	419	deferasirox.....	40
COVID-19 AT-HOME TEST.....	335, 363	CYRAMZA.....	87	deferiprone	40
CREON.....	277	Cyred	185	deferoxamine.....	40
CRESEMBA.....	44	Cyred Eq	185	DELSTRIGO	53
CRINONE.....	259, 434	CYSTADROPS.....	406	demeclocycline	62
cromolyn	79, 409, 423	CYSTAGON.....	292	DEMEROL (PF).....	15
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR	222	CYSTARAN.....	406	DENTA 5000 PLUS	391
		CYSTO-CONRAY II.....	230	DENTAGEL	391
		CYSTOGRAFIN.....	230	DEOXIATAR	200
		CYSTOGRAFIN-DILUTE.....	230	DEOXIAVAR.....	200
				DEPAKOTE	136, 161
				DEPAKOTE ER	136, 161, 167
				DEPAKOTE SPRINKLES	136, 161
				DEPO-ESTRADIOL.....	258
				DEPO-PROVERA	180, 181

DEPO-SUBQ PROVERA 104 181	diclofenac potassium..... 34	dorzolamide (pf)..... 406
Dermacinrx Lidocan 225	diclofenac sodium 34, 209, 223, 405	dorzolamide-timolol..... 405
DERMACINRX LIDOGEL ... 225	diclofenac-misoprostol..... 33	dorzolamide-timolol (pf)..... 405
DERMACINRX LIDOREX ... 225	dicloxacillin..... 61	Dotti 258
DERMAZENE..... 209	dicyclomine..... 281	DOVATO..... 49
DESCOVY..... 49, 50	didanosine 50	doxazosin 130
desflurane 37	diethylpropion 235	doxepin..... 146, 174
desipramine 146	DIFFERIN..... 202	doxercalciferol 389
desloratadine 420	DIFICID 59	doxorubicin 87
desmopressin..... 248	diflunisal 36	doxorubicin, peg-liposomal 87
desog-e.estradiol/e.estradiol.... 182	difluprednate 403	doxycycline hyclate 63, 394
desonide 216	Digitek..... 127	doxycycline monohydrate..... 63
desoximetasone 216	Digox 127	doxylamine-pyridoxine (vit b6) 275
desvenlafaxine..... 144	digoxin 127	D-PENAMINE..... 32, 40
desvenlafaxine succinate..... 144	dihydroergotamine 168	DRITHOCREME HP..... 210
dexamethasone 260	DILANTIN 138	dronabinol 164, 236, 275
DEXAMETHASONE	Dilantin Extended 138	DROPLET LANCETS... 339, 364
INTENSOL..... 260	Dilantin Infatabs..... 138	DROPSAFE ALCOHOL PREP
dexamethasone sodium phosphate	DILANTIN-125 138	PADS 93
..... 402	DILAUDID (PF)..... 15	drosiprenone-e.estradiol-lm.fa 185
DEXCOM G6 RECEIVER.....	diltiazem hcl..... 124, 125	drosiprenone-ethinyl estradiol 185
..... 339, 364	DILT-XR..... 125	DROXIA 316
DEXCOM G6 SENSOR. 339, 364	DILUENT FOR ROTARIX... 238	droxidopa 127
DEXCOM G6 TRANSMITTER ..	DILUTING MEDIUM FOR	DRYSOL..... 210
..... 339, 364	NOVOLOG..... 237	DRYSOL DAB-O-MATIC.... 210
DEXCOM G7 RECEIVER.....	dimethyl fumarate 396	DUAKLIR PRESSAIR..... 426
..... 339, 364	DIOOXIA 210	DUAVEE 256
DEXCOM G7 SENSOR. 339, 364	DIPENTUM..... 284	DULERA 427
dexlansoprazole..... 278	Diphen..... 418, 419	duloxetine..... 145, 166
dexmethylphenidate 156	diphenoxylate-atropine 274	DUOBRII..... 202
DEXONTO 260	dipyridamole 315	DUODOTE 39
DEXTENZA 403	disopyramide phosphate..... 115	DUOPA..... 147
dextroamphetamine sulfate	disulfiram 175	DUPIXENT PEN 205, 422
..... 156, 157, 165, 172	DIURIL..... 129	DUPIXENT SYRINGE .. 205, 422
dextroamphetamine-amphetamine	divalproex 136, 162, 167	DUREX AVANTI BARE REAL
..... 157, 164, 165, 172	docetaxel 86	FEEL 348, 365
DIACOMIT..... 142	Dodex 243	DUROLANE..... 323
DIASAXIATAR 200	dofetilide 116	DURYSTA..... 413
DIASTIX..... 355, 364	DOJOLVI..... 240	dutasteride 295
DIATRUE PLUS TEST STRIP....	Dolishale 185	dutasteride-tamsulosin 291
..... 328, 364	donepezil 179	DUZALLO..... 299
diazepam 134, 135, 160	DOPTELET (10 TAB PACK) 317	DYANAVEL XR..... 157, 165
Diazepam Intensol 134, 160	DOPTELET (15 TAB PACK) 317	DYSPORT 324
diazoxide 245	DOPTELET (30 TAB PACK) 317	E
dichlorphenamide..... 128, 321	dorzolamide..... 406	E.E.S. 400 59
diclofenac epolamine 223		

EASIVENT HOLDING CHAMBER.....	351, 365	ECOZA	208	EMBRACE LANCETS ..	340, 366
EASIVENT MASK LARGE	351, 365	EDARBI.....	114	EMBRACE PRO TEST STRIPS..	328, 366
EASIVENT MASK MEDIUM.....	351, 365	EDARBYCLOR	113	EMBRACE SAFETY LANCET ..	340, 366
EASIVENT MASK SMALL.....	351, 365	EDEX	233	EMBRACE TALK TEST STRIPS	329, 366
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	93	ED-SPAZ	280, 297	EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP	329, 366
EASY COMFORT LANCETS.....	339, 365	EDURANT	49	EMCYT.....	76
EASY PLUS II TEST	328, 365	EEMT.....	257	EMEND	276
EASY STEP.....	328, 365	EEMT HS.....	256	EMFLAZA.....	260
EASY TALK GLUCOSE TEST ..	328, 365	efavirenz.....	49	EMGALITY PEN	167
EASY TALK PLUS II TEST STRIP.....	328, 365	efavirenz-emtricitabin-tenofov .	53	EMGALITY SYRINGE .	133, 167
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	93	efavirenz-lamivu-tenofov disop	53	EMPAVELI	299, 316
EASY TOUCH BLU LINK TEST STRIP.....	328, 365	EFFER-K	239	EMPLICITI.....	72
EASY TOUCH LANCETS	339, 365	EGATEN.....	43	EMSAM.....	143
EASY TOUCH SAFETY LANCETS.....	340, 365	EGRIFTA SV.....	262	emtricitabine	50
EASY TOUCH TEST STRIP	328, 365	ELAHERE	64, 69	emtricitabine-tenofovir (tdf)	50
EASY TOUCH TWIST LANCETS.....	340, 365	ELAPRASE	388	EMTRIVA	50
EASY TRAK GLUCOSE TEST ..	328, 365	ELELYSO.....	387	EMVERM.....	43
EASY TRAK II TEST STRIP	328, 365	ELEMENT COMPACT TEST STRIPS	328, 366	enalapril maleate	111
EASY TWIST AND CAP LANCETS.....	340, 366	ELEMENT TEST STRIPS	328, 366	enalapril-hydrochlorothiazide .	111
EASYGLUCO TEST	328, 366	ELASTRIN.....	258	ENBREL	23, 26
EASYMAX.....	328, 366	eletriptan	168	ENBREL MINI.....	23, 26
EASYMAX 15 TEST STRIPS	328, 366	ELFABRIO	387	ENBREL SURECLICK.....	23, 27
EC-NAPROXEN	35	ELIGARD.....	78	ENDARI	237, 240, 316
econazole.....	208	ELIGARD (3 MONTH).....	78	ENDO AVITENE	309
ECONTRA EZ.....	195, 196	ELIGARD (4 MONTH).....	78	Endocet	20, 21
ECONTRA ONE-STEP..	196, 197	ELIGARD (6 MONTH).....	78	ENDOMETRIN	259
ECOTRIN	36, 315	Elinest	185	ENGERIX-B (PF).....	97
		ELIQUIS	301	ENHERTU	69, 89
		ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	301	Enilloring	195
		Elixophyllin.....	423	ENJAYMO	299, 301
		ELLA	196	enoxaparin.....	312, 313
		ELLUME COVID-19 HOME TEST	335, 366	Enpresse	193
		ELMIRON	292	Enskyce	185
		ELOCTATE.....	304	ENSPRYNG	320
		ELREXFIO	90	ENSTILAR	202
		Eluryng.....	195	entacapone.....	148
		ELYXYB	168	ENTADFI	291
		EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM.....	328, 366	entecavir.....	56
		EMBRACE EVO TEST STRIPS ..	328, 366	ENTERO VU	229
				ENTRESTO	113
				ENTYVIO.....	285

ENTYVIO PEN	285	estradiol.....	258, 434	EXSERVAN	321
Enulose.....	277	estradiol valerate	258	EXTAVIA.....	396
ENVARUSUS XR.....	319	estradiol-norethindrone acet....	257	EYLEA	408, 414
ENZNONUTY	222	ESTRING.....	434	EYLEA HD.....	408, 414
EPCLUSA.....	57	ESTROGEL	258	EYSUVIS.....	403
EPIDIOLEX.....	136	estrogens-methyltestosterone..	257	E-Z DISK	229
EPIFIX AMNIOTIC		eszopiclone.....	173	E-Z JECT LANCETS	340, 367
MEMBRANE	227	ethacrynic acid	128	E-Z JECT THIN LANCETS.....	
EPIFOAM.....	219	ethambutol.....	54	.....	340, 367
epinastine	402	ethosuximide	141	EZ SMART LANCETS..	340, 367
epinephrine.....	126, 420	ethyl chloride	222	EZ SMART PLUS TEST	329, 367
epinephrine hcl.....	431	ethynodiol diac-eth estradiol...	185	EZ SMART TEST	329, 367
epirubicin	87	etodolac	35	EZALLOR SPRINKLE	118
Epitol	139, 162	etonogestrel-ethinyl estradiol..	195	ezetimibe.....	122
EPKINLY	64	etoposide	75	ezetimibe-simvastatin	122
eplerenone	112, 128	etravirine	49	E-Z-HD BARIUM	229
EPOGEN.....	302	EUCRISA	205	E-Z-PAQUE.....	229
epoprostenol.....	131	EUFLEXXA	323	E-Z-PASTE.....	229
EPRONTIA.....	139	EUTHYROX.....	273	F	
eprosartan	114	EVAMIST.....	258	FABRAZYME.....	387
eptifibatide	314	EVARREST.....	310	FACTIVE.....	55
EQUETRO.....	139, 162	EVENCARE G2	329, 366	Falmina (28).....	185
ERBITUX	91	EVENCARE G3 TEST..	329, 366	famciclovir	58
ergocalciferol (vitamin d2)	244	EVENCARE MINI GLUCOSE		famotidine	278
ergoloid	180	TEST STR.....	329, 366	FANAPT.....	150
ERGOMAR.....	168	EVENCARE PROVIEW TEST		FANTASY CONDOM ...	348, 367
ergotamine-caffeine	168	STRIP.....	329, 366	FARXIGA.....	252
ERIVEDGE.....	76	EVENCARE TEST.....	329, 367	FARYDAK	77
ERLEADA.....	68	EVENITY	254	FASENRA	422
erlotinib	65	everolimus (antineoplastic).	79, 80	FASENRA PEN.....	422
ERMEZA	273	everolimus (immunosuppressive) .		FASTEP COVID-19 AG HOME	
Errin	192	.....	320	TEST	335, 367
Ery Pads	198	EVERSENSE E3 SMART		FC2 FEMALE CONDOM.....	
Ery-Tab	59	TRANSMITTER.....	340, 367	.....	337, 367
ERYTHROCIN (AS STEARATE)		EVICEL	310	febuxostat.....	299
.....	59	EVKEEZA	116	FEIBA NF.....	300
erythromycin.....	59, 60, 412	EVOLUTION TEST STRIPS.....		felbamate.....	136
erythromycin ethylsuccinate	59	.....	329, 367	felodipine	125
erythromycin with ethanol	198	EVOMELA	66	FEM PH	433
erythromycin-benzoyl peroxide		EVOTAZ.....	51, 61	FEMCAP.....	335, 367
.....	199	EVRYSDI	326	FEMRING.....	434
escitalopram oxalate.....	143, 144	EXELDERM.....	208	fenofibrate	117
esomeprazole magnesium.....	278, 279	EXEM	230	fenofibrate micronized	117
ESPEROCT.....	305	exemestane	72	fenofibrate nanocrystallized....	117
Estarylla	185	EXODERM.....	207	fenofibric acid	117
estazolam.....	160, 173	EXONDYS-51	323	fenofibric acid (choline).....	117

FORTISCARE G1 TEST STRIP ..	FYLNETRA.....	GEMTESA.....
..... 330, 369	307	293
FORTISCARE GLUCOSE TEST	Fyremadel	GENABIO COVID-19 RAPID
STRIPS	270	AT-HOME
330, 369	G	336, 370
FOSAMAX PLUS D	gabapentin	GENADUR (WITH LEXINAL)... ..
255	137	..... 227
fosamprenavir	GALAFOLD	Gengraf
61	391	31, 319
fosfomycin tromethamine .	galantamine	GENOTROPIN
44, 296	179	262
fosinopril	GALZIN.....	GENOTROPIN MINIQUICK 262
111	40	gentamicin.....
fosinopril-hydrochlorothiazide	GAMASTAN.....	205, 411
111	98	GENULTIMATE TEST STRIP ...
FOSRENOL	GAMASTAN S/D.....	..... 331, 370
293	98	GENVISC 850
FOTIVDA	GAMIFANT	323
83	318	GENVOYA.....
FRAGMIN	GAMMAGARD LIQUID.....	52
313	98	GILENYA.....
FREESTYLE INSULINX	GAMMAGARD S-D (IGA < 1	397
.....	MCG/ML).....	GILOTRIF
330, 369	98	65
FREESTYLE INSULINX TEST	GAMMAKED.....	GIMOTI
STRIPS	98	280
330, 369	GAMMAPLEX.....	GLASSIA.....
FREESTYLE LANCETS	99	429
340, 369	GAMMAPLEX (WITH	glatiramer
FREESTYLE LIBRE 14 DAY	SORBITOL).....	396
READER.....	99	Glatopa.....
340, 369	GAMUNEX-C	396
FREESTYLE LIBRE 14 DAY	ganirelix	GLEOLAN.....
SENSOR	270	233
340, 369	GARDASIL 9 (PF)	GLEOSTINE.....
FREESTYLE LIBRE 2 READER	107	67
.....	GASTROMARK.....	GLIADEL WAFER
341, 369	230	67
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	gatifloxacin	glimepiride
.....	411	252
341, 369	GATTEX 30-VIAL.....	glipizide.....
FREESTYLE LIBRE 3 READER	291	252
.....	GATTEX ONE-VIAL	glipizide-metformin
341, 370	291	252
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	GAVILYTE-C	GLOPERBA
.....	289	298
341, 370	Gavilyte-G.....	GLOSTRIPS
FREESTYLE LITE STRIPS	289	406
.....	GAVRETO	GLUCAGON (HCL)
330, 370	85	EMERGENCY KIT
FREESTYLE PRECISION NEO	GAZYVA.....	245
STRIPS	74	Glucagon Emergency Kit
330, 370	GE100 BLOOD GLUCOSE	(Human)
FREESTYLE TEST	TEST STRIP	246
330, 370	331, 370	GLUCO NAVII TEST STRIP
FREESTYLE UNISTIK 2	GE333 BLOOD GLUCOSE	.....
.....	TEST STRIP	331, 370
341, 370	65	GLUCOCARD 01 SENSOR
frovatriptan.....	gefitinib	PLUS
168	65	331, 370
FRUZAQLA	GELFILM	GLUCOCARD EXPRESSION
83	410	..... 331, 370
FULPHILA	GELFOAM	GLUCOCARD SHINE TEST
307	309	STRIPS
fulvestrant	GELFOAM JMI POWDER	331, 370
85	309	GLUCOCARD VITAL SENSOR
FUROSCIX.....	GELFOAM JMI SPONGE ....	..... 331, 371
128	309	GLUCOCARD VITAL TEST
furosemide.....	GELFOAM SPONGE SIZE	STRIPS
128	200	331, 371
FUZEON.....	297	GLUCOCARD VITAL TEST
47	GELNIQUE	STRIPS
FYARRO	297	331, 371
80	GEL-ONE	GLUCOCOM GLUCOSE
Fyavolv	323	.....
257	GELSYN-3	331, 371
FYCOMPA	323	GLUCOCOM LANCETS
135	394	341, 371
	gemcitabine	
	71	
	gemfibrozil.....	
	117	
	Gemmily	
	185	

glyburide	252	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE		HEPARIN	
glyburide micronized	252	.....	246	LOCKFLUSH(PORCINE)(PF)	
glyburide-metformin	252	GYNAZOLE-1	433	.....	311, 312
glycine urologic solution.....	292	H		heparin, porcine (pf).....	311, 312
glycopyrrolate	281, 395	HAEGARDA	301	HEPLISAV-B (PF)	97
glycopyrrolate (pf)	281	Hailey	186	HER STYLE	196, 197
Glydo	225	Hailey 24 Fe.....	185	HERCEPTIN.....	91
GLYRX-PF.....	281	Hailey Fe 1.5/30 (28).....	185	HERCEPTIN HYLECTA.....	91
GLYXAMBI.....	251	Hailey Fe 1/20 (28).....	186	HERZUMA.....	91
GM100	331, 371	HALAVEN	79	HETLIOZ LQ	166
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST		halcinonide.....	217	HEXIOUNYL.....	207
STRIP.....	331, 371	halobetasol propionate	217	HICON.....	84
GOJJI LANCETS	341, 371	Haloette	195	HIXDEFRIMA	207
GONAL-F.....	260	HALOG.....	217	HIZENTRA.....	99
GONAL-F RFF.....	260	haloperidol	152	HOMATROPAIRE.....	402
GONAL-F RFF REDI-JECT ..	259	haloperidol lactate.....	152	HUMALOG KWIKPEN	
GOODLIFE AC-302 TEST		HARMONY GLUCOSE TEST		INSULIN.....	267
STRIP.....	331, 371	STRIP.....	331, 371	HUMALOG MIX 50-50 INSULN	
GOTOKNOW COVID-19 AG		HARVONI.....	57	U-100	265
HOME TEST	336, 371	HAVRIX (PF).....	96	HUMALOG MIX 50-50	
GRAFIX CORE	227	HAXDRAX.....	207	KWIKPEN	265
GRAFIX PRIME	227	HEALON ENDOCOAT	410	HUMALOG MIX 75-25(U-	
GRAFIX XC	227	HEALON GV PRO.....	410	100)INSULN.....	266
granisetron hcl.....	276	HEALON PRO	410	HUMALOG U-100 INSULIN	268
GRANIX.....	307	HEALON5 PRO	410	HUMATE-P.....	305
GRASTEK	95	HEALTHPRO TEST STRIPS		HUMATROPE.....	262
GREEN GLO	406	.....	331, 371	HUMIRA	24, 27, 286
griseofulvin microsize.....	45	HEALTHY ACCENTS UNILET		HUMIRA PEN.....	24, 27, 286
griseofulvin ultramicrosize	45	LANCET.....	342, 371	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS	
guanfacine	127, 155	Heather	192	START	24, 27, 286
GUARDIAN 4 GLUCOSE		HEMA-COMBISTIX	231, 371	HUMIRA(CF).....	24, 27, 287
SENSOR	341, 371	HEMANGEOL	123	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
GUARDIAN 4 TRANSMITTER .		HEMLIBRA.....	306	STARTER.....	24, 27, 287
.....	341, 371	HEMOFIL M HIGH	305	HUMIRA(CF) PEN ...	24, 27, 287
GUARDIAN CONNECT		HEMOFIL M LOW	305	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-	
TRANSMITTER.....	341, 371	HEMOFIL M MID	305	UC-HS.....	24, 27, 287
GUARDIAN LINK 3		HEMOFIL M SUPER HIGH..	305	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC	
TRANSMITTER.....	342, 371	HEP FLUSH-10 (PF).....	311	UC	24, 27, 287
GUARDIAN SENSOR 3	342, 371	HEPAGAM B	100	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
GVOKE.....	246	heparin (porcine).....	311, 312	ADOL HS	24, 27, 287
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	246	heparin (porcine) in 0.9% nacl	311	HUMULIN 70/30 U-100	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	246	heparin (porcine) in 5 % dex...	311	INSULIN.....	264
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE		heparin lock flush (porcine).....		HUMULIN 70/30 U-100	
.....	246	.....	311, 312	KWIKPEN	264

HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	264	HYPERHEP B NEONATAL .	100	IMFINZI	88
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN.....	264	HYPERRHO S/D.....	100	imipenem-cilastatin.....	54
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN.....	265	HYPER-SAL.....	178	imipramine hcl	146
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN.....	265	HYQVIA.....	99	imipramine pamoate.....	146
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	265	HYQVIA HY COMPONENT	273	imiquimod.....	220
HYALGAN.....	323	HYQVIA IG COMPONENT....	99	IMJUDO	75
HYCAMTIN	86	HYRIMOZ.....	25, 28, 287	IMPAVIDO.....	46
hydralazine	127	HYRIMOZ PEN	25, 27, 287	IMVEXXY MAINTENANCE PACK.....	270
HYDRO 35	220	HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER.....	24, 27, 287	IMVEXXY STARTER PACK	270
hydrochlorothiazide	129	HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER.....	25, 27, 287	INBRIJA	148
hydrocodone bitartrate	16	HYRIMOZ(CF)	25, 28, 288	Incassia.....	192
hydrocodone-acetaminophen	20	HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER.....	25, 28, 287	INCONTROL ALCOHOL PADS	93
hydrocodone-chlorpheniramine	431	HYRIMOZ(CF) PEN..	25, 28, 287	INCONTROL SUPER THIN LANCETS.....	342, 372
hydrocodone-homatropine	432	HYSINGLA ER	16	INCONTROL ULTRA THIN LANCETS.....	342, 372
hydrocodone-ibuprofen.....	20	I		INCRELEX.....	269
hydrocortisone... 38, 217, 260, 285		ibandronate.....	255	INCRUSE ELLIPTA	424
hydrocortisone acetate	38	IBRANCE	75	indapamide.....	129
hydrocortisone butyrate	217	IBSRELA	283	INDICAID COVID-19 AG HOME TEST	336, 372
hydrocortisone butyr-emollient	217	Ibu	35	indium-111 chloride.....	233
hydrocortisone valerate	217	ibuprofen	35	indomethacin.....	35
hydrocortisone-acetic acid	417	icatibant.....	124	INFASURF	429
hydrocortisone-iodoquinol.....	209	Iclevia.....	186	INFINITY TEST STRIPS	
hydrocortisone-iodoquinol-aloe....	206	ICLUSIG.....	80	.....	331, 372
hydrocortisone-pramoxine		IDARAN	224	INFLECTRA.....	25, 28, 288
.....	38, 217, 219	idarubicin	87	infiximab.....	25, 28, 288
Hydromet	432	IDELVION	303	INFUGEM	71
hydromorphone	16	IDHIFA	80	INGREZZA.....	170, 171
hydromorphone (pf)-0.9 % nacl	16	IDYYXIATAR	201	INGREZZA INITIATION PACK	170
hydroquinone	212	IFE-BIMIX 30/1	234	INJECT EASE LANCETS	
hydroxocobalamin.....	243	ifosfamide	66	.....	342, 372
hydroxychloroquine	28, 46	IGALMI	173	INJECTAFER.....	239
hydroxyurea	71	IGLUCOSE TEST STRIP		INLYTA.....	83
hydroxyzine hcl.....	133	.....	331, 372	INPEFA.....	244
hydroxyzine pamoate	133	IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST	336, 372	INQOVI	90
HYFTOR.....	222	IHEEZO (PF).....	408	INREBIC.....	77
HYMOVIS.....	323	ILARIS (PF).....	22	insulin asp prt-insulin aspart ...	266
hyoscyamine sulfate.....	280, 297	ILEVRO.....	405	insulin aspart u-100.....	268
HYOSYNE	280, 297	ILUMYA.....	203	insulin lispro.....	268
HYPERHEP B	100	ILUVIEN	403	insulin lispro protamin-lispro..	266
		imatatinib	83	INTELENCE.....	49
		IMBRUVICA.....	73, 83		
		IMCIVREE	236		

INTELISWAB COVID-19	JANUVIA	249	KEMOPLAT.....	81
HOME TEST	JARDIANCE	252	KEPIVANCE.....	288
INTRAROSA.....	Jasmiel (28).....	186	KERALYT SCALP COMPLETE	
INVACARE LANCETS .	JATENZO	247	.....	221
INVEGA HAFYERA	Javygtor.....	391	KERASTAT.....	214
INVEGA SUSTENNA	JAYPIRCA	73, 83	KERENDIA	112
INVEGA TRINZA.....	JEMPERLI.....	88	KESIMPTA PEN	395
INVELTYS	Jencycla.....	192	ketamine.....	37
INVOKAMET	JENTADUETO.....	253	ketoconazole	44, 208
INVOKAMET XR.....	JENTADUETO XR	253	KETODAN KIT.....	208
INVOKANA	JESDUVROQ	299	KETO-DIASTIX.....	355, 372
INZDEAXIAVAR	JEVTANA.....	86	KETONE CARE.....	356, 372
IODOFLEX.....	Jinteli	257	KETONE URINE TEST .	356, 372
IODOSORB	JIVI	305	ketoprofen	35
IOPIDINE	JOENJA	390	ketorolac.....	34, 405
ipratropium bromide	JOLESSA	186	KETOSTIX	356, 372
ipratropium-albuterol	JORNAY PM	157	KEVARAXAP	213
irbesartan.....	Joyeaux	186	KEVARTIA	213
irbesartan-hydrochlorothiazide	Juleber	186	KEVEYIS	321
irinotecan.....	JULUCA	48	KEVZARA	32
ISENTRESS.....	Junel 1.5/30 (21)	186	KEYTRUDA.....	88
ISENTRESS HD	Junel 1/20 (21)	186	KHAPZORY.....	92
Isibloom	Junel Fe 1.5/30 (28)	186	KIMMTRAK	92
isoflurane.....	Junel Fe 1/20 (28)	186	KIMONO CONDOMS(NON-	
isoniazid	Junel Fe 24	186	LUBRICATED).....	348, 372
isosorbide dinitrate.....	JUST RIGHT 5000	392	KIMONO LUBRICATED	
isosorbide mononitrate.....	JUXTAPID	123	CONDOMS.....	348, 372
isosorbide-hydralazine	JYLAMVO	28, 69	KIMONO MICROTHIN AQUA	
isotretinoin	JYNARQUE	294	LUBE CON.....	348, 372
isradipine.....	K		KIMONO MICROTHIN	
ISTODAX	KADCYLA	69, 89	CONDOMS.....	348, 372
ISTURISA.....	Kaitlib Fe	186	KIMONO MICROTHIN LARGE	
itraconazole	KALBITOR	131	CONDOMS.....	348, 372
IV PREP WIPES.....	Kalliga.....	187	KIMONO TEXTURED	
ivermectin	KALYDECO.....	428	CONDOMS.....	348, 372
IXEMPRA.....	KANJINTI	91	KINERET	31
IXINITY	KANUMA.....	387	KISQALI.....	75
IYUZEH.....	KAPSPARGO SPRINKLE....	123	KISQALI FEMARA CO-PACK ..	
IZERVAY	KARBINAL ER.....	418, 419	.....	78
J	Kariva (28).....	182	kit for tc 99m-sod thiosulfate..	233
Jaimiess	KATARAXAP	213	KLARITY (CHONDROITIN)	
JAKAFI.....	KATARVIA.....	213	(PF)	398
Jantoven	KCENTRA.....	302	KLARITY-A (AZITHRO-	
JANUMET	Kelnor 1/35 (28).....	187	CHONDR)(PF)	412
JANUMET XR	Kelnor 1-50 (28)	187		

KLARITY-L (LOTEPRED- CHOND)(PF).....	403	LAMICTAL XR STARTER (ORANGE).....	140	levocetirizine.....	420
Klayesta.....	206	lamivudine.....	50, 51, 56	levofloxacin.....	55, 411
KLISYRI.....	209	lamivudine-zidovudine	52	levoleucovorin calcium.....	92, 93
Klor-Con M10.....	239	lamotrigine	140, 141, 162	Levonest (28)	193
Klor-Con M15.....	239	LAMPIT.....	46	levonorgest-eth.estradiol-iron .	187
Klor-Con M20.....	239	LAMZEDE	386	levonorgestrel.....	196, 197
KLOXXADO.....	41	lancets	342, 373	levonorgestrel-ethinyl estrad...	187
KOATE.....	305	LANCETS, SUPER THIN.....		levonorg-eth estrad triphasic...	193
KOGENATE FS	305	.....	342, 373	Levora-28.....	187
KORLYM	250	LANCETS, THIN	342, 373	levorphanol tartrate	16
KOSELUGO	79	LANCETS, ULTRA THIN.....		levothyroxine	273
KOTARAXAP	213	.....	342, 373	LEVULAN.....	223
KOVALTRY.....	305	LANOXIN	127	LIBTAYO	88
KOVANAZE	392	lanreotide.....	271	LICART	223
K-PHOS NO 2	295	lansoprazole	279	LIDO BDK.....	356
K-PHOS ORIGINAL.....	295	lanthanum.....	293	lidocaine.....	37, 226
KRAZATI.....	78	lapatinib.....	65	lidocaine hcl.....	37, 226, 394
KRINTAFEL	46	Larin 1.5/30 (21).....	187	lidocaine hcl-hydrocortison ac.....	
KRYSTEXXA	298	Larin 1/20 (21).....	187	.....	38, 39, 219
Kurvelo (28).....	187	Larin 24 Fe.....	187	Lidocaine Viscous.....	394
KUTAR.....	213	Larin Fe 1.5/30 (28).....	187	lidocaine-hydrocortisone-aloe...	39
KUTARVIA.....	213	Larin Fe 1/20 (28).....	187	lidocaine-prilocaine.....	222
KYLEENA.....	181	latanoprost.....	413	lidocaine-racepinep-tetracaine	226
KYMRIAH	74	LAYOLIS FE.....	187	Lidocan Iii.....	226
KYPROLIS	82	LEENA 28	193	LIDOPIN.....	226
KYZATREX.....	247	leflunomide	33	LIDTOPIC MAX	226
L		LEMTRADA	395	LIKMEZ	47
l norgest/e.estradiol-e.estrad		lenalidomide.....	86	LILETTA	181
.....	182, 192	LENVIMA	83	linezolid.....	60
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)		LEQEMBI.....	179	LINZESS.....	277, 282
.....	225	Lessina	187	liothyronine.....	273
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT- TETRA)	225, 226	letrozole.....	72	LIQREV	133
labetalol.....	112	leucovorin calcium.....	92	LIQUID E-Z PAQUE	229
LABSTIX REAGENT	231, 373	LEUKERAN.....	66	LIQUID POLIBAR PLUS	229
lacosamide.....	137	LEUKINE	308	lisdexamphetamine	157
LACRISERT.....	398	leuprolide	78	lisinopril	111
lactated ringers	238	levalbuterol hcl.....	425	lisinopril-hydrochlorothiazide.	111
lactulose	277, 288	levalbuterol tartrate	425	LITE TOUCH-MEDIUM MASK.	
LAGEVRIO (EUA)	62	levamlodipine.....	125	.....	352, 373
LAMICTAL XR STARTER (BLUE)	140	LEVEMIR FLEXPEN	266	LITEAIRE MDI CHAMBER.....	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN).....	140	LEVEMIR U-100 INSULIN...	266	.....	352, 373
		levetiracetam	141	LITETOUCH-LARGE MASK.....	
		levobunolol	407	.....	352, 373
		levocarnitine.....	237, 389	LITETOUCH-SMALL MASK.....	
		levocarnitine (with sugar)	389	.....	352, 373
				LITFULO	197

lithium carbonate	164	LUPKYNIS.....	319	MAVENCLAD (9 TABLET	
lithium citrate.....	164	LUPRON DEPOT.....	79, 269	PACK).....	397
LITHOSTAT.....	295	LUPRON DEPOT (3 MONTH) ...		MAVYRET.....	57
LIVALO.....	119	.....	78, 269	MAXIDEX.....	403
LIVMARLI.....	318	LUPRON DEPOT (4 MONTH)78		MAYZENT.....	397
LIVTENCITY.....	55	LUPRON DEPOT (6 MONTH)78		MAYZENT STARTER(FOR	
L-MESITRAN SOFT.....	228	LUPRON DEPOT-PED.....	269	1MG MAINT).....	397
LO LOESTRIN FE	182	LUPRON DEPOT-PED (3		MAYZENT STARTER(FOR	
Loestrin 1.5/30 (21)	188	MONTH).....	269	2MG MAINT).....	398
Loestrin 1/20 (21)	188	lurasidone.....	149	MB HYDROGEL	214
Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day) ...	188	LUTATHERA.....	80, 84	Md-Gastroview	230
Loestrin Fe 1/20 (28-Day)	188	Lutera (28)	188	meclizine	275
Lojaimiess	182	LYBALVI.....	153, 155, 163	meclofenamate	34
LOKELMA.....	238	Lyleq	192	mecobalamin (vitamin b12)....	243
LOMAIRA	235	Lyllana	258	MEDISENSE THIN LANCETS...	
LONSURF	71	LYNPARZA	82	.....	342, 373
loperamide.....	274	LYSODREN	68	MEDLANCE PLUS LANCETS...	
lopinavir-ritonavir	51	LYUMJEV KWIKPEN U-100		.....	342, 373
LOQTORZI.....	88	INSULIN.....	268	MEDLANCE PLUS SPECIAL	
lorazepam.....	134, 160	LYUMJEV KWIKPEN U-200		BLADE	342, 373
Lorazepam Intensol.....	134, 160	INSULIN.....	268	MEDROL.....	260
LORBRENA	68	LYUMJEV U-100 INSULIN..	268	MEDROLOAN II SUIK.....	261
Loryna (28)	188	Lyza	192	MEDROLOAN SUIK.....	261
losartan.....	114	M		medroxyprogesterone.....	181, 271
losartan-hydrochlorothiazide ..	113	mafenide acetate.....	212	mefenamic acid	34
LOTEMAX.....	403	malathion.....	228	mefloquine	46
LOTEMAX SM	403	maraviroc	47	megestrol.....	82, 236
loteprednol etabonate	403	MARGENZA	91	MEKINIST	79
LOTREXONE.....	15	Marlissa (28).....	188	MEKTOVI	79
lovastatin.....	120	MARPLAN	143	meloxicam.....	34
Low-Ogestrel (28).....	188	MARVONA SUIK (PF)	38	melphalan.....	66
loxapine succinate	152	MATULANE	66	melphalan hcl.....	66
Lo-Zumandimine (28).....	188	Matzim La.....	125	memantine.....	179, 180
lubiprostone.....	282, 288	MAVENCLAD (10 TABLET		MENEST.....	258
LUCEMYRA	174	PACK).....	397	MENOPUR.....	259
LUCENTIS	409, 414	MAVENCLAD (4 TABLET		MENOSTAR.....	259
LUCIRA CHECK-IT COVID		PACK).....	397	MENQUADFI (PF)	104
HOME TST.....	336, 373	MAVENCLAD (5 TABLET		MENTAX	207
LUGOLS.....	94	PACK).....	397	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
luliconazole	208	MAVENCLAD (6 TABLET		(PF)	105
LUMAKRAS	78	PACK).....	397	meperidine.....	16
LUMIGAN.....	413	MAVENCLAD (7 TABLET		meperidine (pf).....	16
LUMIZYME	388	PACK).....	397	meprobamate.....	134
LUMRYZ.....	171	MAVENCLAD (8 TABLET		MEPSEVII	388
LUNSUMIO	64	PACK).....	397	mercaptopurine	70

Merzee..... 188
 mesalamine 284
 mesalamine with cleansing wipe ..
 284
 MESNEX 93
 Metadate Er 157
 metaxalone 325
 metformin..... 268
 methacholine chloride 232
 methadone 16, 17
 Methadone Intensol..... 16
 Methadose 17
 methamphetamine 157, 165
 methazolamide 128
 methenamine hippurate..... 60, 295
 methenamine mandelate.... 60, 295
 methen-sod phos-meth blue-hyos .
 60, 296
 methimazole 254
 METHITEST 247
 methocarbamol..... 325
 methotrexate sodium 29, 69
 methotrexate sodium (pf) 29, 69
 methoxsalen 210
 methscopolamine 280
 methsuximide 141
 methyl dopa..... 127
 methyl dopa-hydrochlorothiazide ..
 127
 methylergonovine 271
 methylphenidate 158
 methylphenidate hcl 1
 57, 158, 171, 172
 methylprednisolone..... 261
 methyltestosterone 247
 metoclopramide hcl..... 280
 metolazone 129
 METOPIRONE..... 232
 metoprolol succinate 123
 metoprolol ta-hydrochlorothiaz
 126
 metoprolol tartrate..... 123
 metronidazole..... 47, 224, 433
 metyrosine..... 130
 mexiletine..... 115
 Mibelas 24 Fe..... 188
 miconazole nitrate-zinc ox-pet 208
 MICONAZOLE-3..... 433
 MICRHOGAM ULTRA-
 FILTERED PLUS 100
 MICRO BLOOD GLUCOSE
 331, 373
 MICRO THIN LANCETS
 342, 373
 MICROCHAMBER..... 352, 373
 MICRODOT BLOOD GLUCOSE
 SYSTEM..... 332, 373
 MICRODOT LANCET .. 342, 373
 MICRODOT XTRA BLOOD
 GLUCOSE 332, 373
 Microgestin 1.5/30 (21) 188
 Microgestin 1/20 (21) 188
 Microgestin 24 Fe 189
 Microgestin Fe 1.5/30 (28) 189
 Microgestin Fe 1/20 (28) 189
 MICROLET LANCET ... 342, 373
 microplegic solution no.1..... 414
 microplegic solution no.1-cp2d
 414
 MICROSPACER 352, 373
 midazolam..... 37, 160, 173
 midazolam (pf)..... 37, 160
 midodrine 127
 MIEBO..... 398
 MIFEPREX..... 245
 mifepristone 245, 250
 miglitol..... 248
 miglustat..... 389
 Mili 189
 Mimvey 257
 MINASTRIN 24 FE..... 189
 MINIMED 630G INSULIN
 PUMP..... 355, 374
 MINIMED 780G INSULIN
 PUMP..... 355, 374
 minocycline..... 32, 63
 minoxidil 127
 MIRENA..... 181
 MIRO3D 227
 MIRODERM FENESTRATED ...
 228
 MIRODERM FENESTRATED
 PLUS 227
 mirtazapine..... 143
 misoprostol..... 279
 mitomycin 88
 mitomycin (pf) in water 402
 MITOSOL..... 402
 mitoxantrone 87
 MKO (MIDAZOLAM-
 KETAMINE-ONDAN)..... 37
 M-M-R II (PF) 101, 109, 110
 MOBILE LANCETS 342, 374
 modafinil 171
 MODERNA COVID 23-24(6M-
 11Y)PF..... 106
 moexipril 112
 molindone 152
 mometasone 217, 430
 Mondoxyne NI 63
 MONJUVI..... 74
 MONOLET LANCETS .. 342, 374
 MONOLET THIN LANCETS
 342, 374
 Mono-Linyah 189
 MONOVISC 323
 MONSEL'S 309
 montelukast..... 423
 morphine 17
 morphine (pf) 17
 morphine concentrate..... 17
 morphine in 0.9 % sodium chlor17
 MOTEGRITY 280
 MOTPOLY XR..... 137
 MOUNJARO 249
 MOVANTIK..... 41
 MOXATAG 42
 moxifloxacin 55, 411
 MULPLETA 317
 MULTAQ 116
 MULTISTIX 231, 374
 MULTISTIX 10 SG..... 231, 374
 MULTISTIX 5 231, 374
 MULTISTIX 7 231, 374
 MULTISTIX 8 SG..... 231, 374
 MULTISTIX 9 231, 374
 MULTISTIX 9 SG 231, 374

mupirocin	205	NATACYN	412	NEXOBRID POWDER	
mupirocin calcium	205	NATAZIA	192	COMPONENT	212
MUSCUSOLICE	223	nateglinide	250	NEXPLANON	180
MUSE	233	NATESTO	247	NEXTSTELLIS	189
Mutamycin	88	NAYZILAM	135, 161	NEXVIAZYME	388
MVASI	65	nebivolol	123	NGENLA	262
MY CHOICE	196, 197	NEBUSAL	178	niacin	121
MY WAY	196, 197	Necon 0.5/35 (28)	189	Niacor	121
MYALEPT	269	nefazodone	144	nicardipine	125
MYCAPSSA	271	nelarabine	70	nicotine	176
mycophenolate mofetil		NENDRUX	220	nicotine (polacrilex)	176
.....	31, 319, 320	neomycin	42	NICOTROL	176
mycophenolate mofetil (hcl)		neomycin-bacitracin-poly-hc ..	400	NICOTROL NS	177
.....	31, 319	neomycin-bacitracin-polymyxin ...		nifedipine	125, 126
mycophenolate sodium	320	.....	410	Nikki (28)	189
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-		neomycin-polymyxin b gu	292	nilutamide	68
KTRLC)	409	neomycin-polymyxin b-dexameth		nimodipine	125
MYFEMBREE	270	.....	400	NINLARO	82
MYGLUCOHEALTH	332, 374	neomycin-polymyxin-gramicidin .		NIPENT	70
MYGLUCOHEALTH LANCETS		.....	410	nisoldipine	126
.....	342, 374	neomycin-polymyxin-hc .	400, 417	nitazoxanide	47
MYLERAN	66	Neo-Polycin	410	nitisinone	389
MYLOTARG	69, 89	Neo-Polycin Hc	400	Nitro-Bid	114
MYNATAL	241	NEORAL	31, 319	NITRO-DUR	114
MYNATAL ADVANCE	241	NEO-SYNALAR	206	nitrofurantoin	43, 296
MYNATE 90 PLUS	241	NEO-SYNALAR KIT	206	nitrofurantoin macrocrystal	
MYOBLOC	324	NERLYNX	65	.....	43, 295, 296
MYRBETRIQ	293	Neuac	199	nitrofurantoin monohyd/m-cryst...	
MYTESI	274	NEULASTA	307	.....	43, 296
MYXREDLIN	265	NEULASTA ONPRO	307	nitroglycerin	38, 114
N		NEULUMEX	229	NITRO-TIME	114
NABI-HB	100	NEUPOGEN	307	NITYR	389
nabumetone	34	NEUPRO	149	NIVESTYM	307
nadolol	123	NEURAPTINE	223	nizatidine	278
naftifine	206	NEUTEK 2TEK TEST STRIPS ...		NOCDURNA (MEN)	248
NAGLAZYME	388	.....	332, 374	NOCDURNA (WOMEN)	248
nalbuphine	21	NEVANAC	405	NOCTIVA	248
naloxone	41	nevirapine	49	NORA-BE	192
NALTREX	15	NEW DAY	196, 197	NORDITROPIN FLEXPRO ...	263
naltrexone	175	NEXA PLUS	241	norelgestromin-ethin.estradiol	195
NAMENDA XR	180	NEXAVIR	222	noreth-ethinyl estradiol-iron ...	189
NAMZARIC	180	NEXIUM PACKET	279	norethindrone (contraceptive).	192
naproxen	35	NEXLETOL	116	norethindrone acetate	271
naproxen sodium	35	NEXLIZET	122	norethindrone ac-eth estradiol	
naratriptan	168	NEXOBRID	212	.....	189, 257

norethindrone-e.estradiol-iron	NULIBRY.....	387	OGIVRI.....	91
..... 189, 193	NULOJIX.....	320	OGSIVEO.....	64
norgestimate-ethinyl estradiol.....	NUMBONEX	226	OHC COVID-19 ANTIGEN	
..... 190, 193	NUMBRINO.....	430	HOME TEST	336, 375
NORMAL SALINE FLUSH ..	NUMOISYN.....	15, 393	OJJAARA	64
NORMLGEL AG.....	NUPLAZID.....	154	olanzapine	153, 163
NORPACE CR.....	NURTEC ODT	167	olanzapine-fluoxetine.....	
Nortrel 0.5/35 (28)	NUTROPIN AQ NUSPIN	263	..... 146, 153, 163	
NORTREL 1/35 (21)	NUVARING	195	olmesartan	114
Nortrel 1/35 (28)	NUVESSA	433	olmesartan-amlodipin-hcthiazyd ...	
Nortrel 7/7/7 (28)	NUWIQ.....	306	..... 113	
nortriptyline.....	NUZYRA.....	42, 63	olmesartan-hydrochlorothiazide ...	
NORVIR	Nyamyc.....	206	..... 113	
NO-STICK GLUCOSE ..	Nylia 1/35 (28).....	190	olopatadine.....	402, 430
NOURIANZ.....	Nylia 7/7/7 (28).....	193	OLPRUVA.....	390
NOVA MAX GLUCOSE TEST...	NYMALIZE.....	125	OLUMIANT	32, 197
..... 332, 374	Nymyo.....	190	OMECLAMOX-PAK.....	282
NOVA SAFETY LANCETS.....	NYNUTEY	226	omega-3 acid ethyl esters.....	121
..... 342, 374	nystatin.....	44, 206, 207, 393	omeprazole.....	279
NOVA SUREFLEX LANCETS...	nystatin-triamcinolone	209	omeprazole-sodium bicarbonate ...	
..... 343, 374	Nystop.....	207	..... 279	
NOVAREL	NYVEPRIA	307	OMEZA	228
NOVAVAX COVID 2023-	O		OMNARIS	430
24(PF)(EUA).....	OBAGI ELASTIDERM.....	212	OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	
NOVOEIGHT.....	OBAGI NU-DERM BLENDER...		..... 336, 375	
NOVOLIN 70/30 U-100	..... 212		OMNIPAQUE.....	230
INSULIN.....	OBAGI NU-DERM CLEAR ..	212	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-	OBAGI NU-DERM SUNFADER		(GEN 5).....	354, 375
100 .....	..... 213		OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).	
NOVOLIN N FLEXPEN	OBAGI-C CLARIFYING		..... 354, 375	
NOVOLIN N NPH U-100	SERUM.....	213	OMNIPOD CLASSIC PODS	
INSULIN.....	OBAGI-C THERAPY NIGHT	213	(GEN 3).....	354, 375
NOVOLIN R FLEXPEN	OBIZUR.....	306	OMNIPOD DASH INTRO KIT	
NOVOLIN R REGULAR U100	OBSTETRIX DHA.....	241	(GEN 4).....	354, 375
INSULIN.....	OBSTETRIX EC	241	OMNIPOD DASH PDM KIT	
NOVOSEVEN RT	OBSTETRIX ONE	240, 242	(GEN 4).....	348, 375
NOXAFIL	OALIVA.....	318	OMNIPOD DASH PODS (GEN	
NP THYROID	OCELLA.....	190	4)	354, 375
NPLATE	OCREVUS.....	395	OMNIPOD GO PODS	355, 376
NUBEQA.....	OCTAGAM	100	OMNIPOD GO PODS 10	
NUCALA.....	octreotide acetate	272, 291	UNITS/DAY	354, 375
NUCORT	ODACTRA	95	OMNIPOD GO PODS 15	
NUCYNTA.....	ODEFSEY.....	53	UNITS/DAY	354, 375
NUCYNTA ER.....	ODOMZO	76	OMNIPOD GO PODS 20	
NUEDEXTA.....	OFEV	83, 433	UNITS/DAY	354, 375
NUJO	ofloxacin	56, 411, 417		

OMNIPOD GO PODS	25	OPFOLDA	388	ORTHO MICRONOR	192
UNITS/DAY	354, 376	opium tincture	274	ORTHO TRI-CYCLEN (28) ..	193
OMNIPOD GO PODS	30	OPSUMIT	132	ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) .	193
UNITS/DAY	355, 376	OPTICHAMBER ADULT		ORTHOVISC.....	323
OMNIPOD GO PODS	40	MASK-LARGE	352, 377	OSCIMIN.....	280, 297
UNITS/DAY	355, 376	OPTICHAMBER DIAMOND LG		OSCIMIN SL	280, 297
OMNITROPE	263	MASK.....	352, 377	oseltamivir.....	58
OMVOH	283	OPTICHAMBER DIAMOND		OSPHENA	270
OMVOH PEN.....	283	VHC	352, 377	OTEZLA	33, 211
ON CALL EXPRESS TEST		OPTICHAMBER DIAMOND-		OTEZLA STARTER	33, 211
STRIP.....	332, 376	MED MSK	352, 377	OTREXUP (PF).....	29
ON CALL LANCET.....	343, 376	OPTICHAMBER DIAMOND-		OVACE PLUS	211
ON CALL PLUS LANCET		SML MASK.....	352, 377	OVACE PLUS SHAMPOO ...	211
.....	343, 376	OPTION-2.....	196, 197	OVIDREL	263
ON CALL PLUS TEST STRIP		OPTIUM EZ	332, 377	oxaliplatin	81
.....	332, 376	OPTIUM TEST.....	332, 377	oxaprozin.....	35
ON CALL VIVID TEST STRIP...		OPTUMRX.....	332, 377	oxazepam	134, 161
.....	332, 376	OPVEE.....	41	OXBRYTA	316, 317
ONCASPAR	72	OPZELURA.....	204	oxcarbazepine	139
ondansetron	276	ORACIT.....	295	OXERVATE	407
ondansetron hcl	276	ORALAIR.....	95	OXIAICE	199
ONETOUCH DELICA PLUS		Oralone.....	393	OXIAVAR	201
LANCET	343, 376	ORAMAGICRX	394	OXIAVARY	201
ONETOUCH DELICA SAFETY		ORAQIX	393	oxiconazole	208
LANCET.....	343, 376	ORAVIG	44	OXISTAT	208
ONETOUCH ULTRA TEST.....		ORENCIA.....	30	OXLUMO	293
.....	332, 376	ORENCIA (WITH MALTOSE)30		OXTELLAR XR.....	139
ONETOUCH ULTRASOFT 2		ORENCIA CLICKJECT.....	30	oxybutynin chloride	297, 298
LANCET.....	343, 376	ORENITRAM.....	131	oxycodone	18
ONETOUCH VERIO TEST		ORENITRAM MONTH 1		oxycodone-acetaminophen .	20, 21
STRIPS	332, 376	TITRATION KT.....	131	OXYCONTIN.....	18
ONGENTYS	148	ORENITRAM MONTH 2		oxymorphone	18
ON-GO COVID-19 AG AT		TITRATION KT.....	131	OXYTROL	298
HOME TEST	336, 376	ORENITRAM MONTH 3		OZEMPIC	250
ONIVYDE	86	TITRATION KT.....	131	OZURDEX	404
ONPATTRO	247	ORFADIN.....	390	P	
ON-THE-GO LANCETS	343, 376	ORGOVYX.....	79	Pacerone	116
ONTRUZANT	91	ORIAHNN	270	paclitaxel	86
ONUREG.....	71	ORILISSA.....	270	paclitaxel protein-bound	86
ONZDEAXIADEMTAR	200	ORKAMBI.....	428	PACNEX HP	201
ONZDEAXIADEMVAR.....	200	ORLADEYO.....	131	PACNEX LP.....	201
ONZDEAXIAZAR.....	201	orlistat	235	PADCEV.....	69, 89
OPCICON ONE-STEP ...	196, 197	orphenadrine citrate	325	PALFORZIA (LEVEL 1)	102
OPDIVO	88	orphenadrine-asa-caffeine.....	324	PALFORZIA (LEVEL 2)	102
OPDUALAG.....	71	ORSERDU	85	PALFORZIA (LEVEL 3)	102

PALFORZIA (LEVEL 4)	102	Percocet	20, 21	Pimtrea (28)	182
PALFORZIA (LEVEL 5)	103	perindopril erbumine	112	pindolol	123
PALFORZIA (LEVEL 6)	103	Periogard	393	pioglitazone	269
PALFORZIA (LEVEL 7)	103	PERJETA	90	pioglitazone-glimepiride	252
PALFORZIA (LEVEL 8)	103	permethrin	228	pioglitazone-metformin	252
PALFORZIA (LEVEL 9)	103	perphenazine	152	PIP BLOOD GLUCOSE TEST	
PALFORZIA (LEVEL 10)	103	perphenazine-amitriptyline	145	STRIP	332, 377
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE)	103	PERSERIS	151	PIP LANCET	343, 377
PALFORZIA INITIAL DOSE	103	PERTZYE	277	PIQRAY	81
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE	103	PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)PF	107	pirfenidone	432
paliperidone	151	PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)PF	107	piroxicam	34
PALYNZIQ	391	PFLEX INSPIRATORY TRAINER	352, 377	PLAN B ONE-STEP	196, 197
PANCREAZE	277	PHARMACIST CHOICE	332, 377	PLATINUM TEST STRIP	332, 377
PANDEL	217	PHEDRAX	207	PLEGRIDY	396
PANHEMATIN	300	phenazopyridine	295	PLENITY	235
PANRETIN	210	phendimetrazine tartrate	235	PLENITY (WELCOME KIT)	235
pantoprazole	279	phenelzine	143	PLENVU	289
PANZYGA	100	phenobarbital	135, 172, 173	plerixafor	301
papaverine	130	phenoxybenzamine	130	PLUVICTO	81, 84
PARAGARD T 380A	181	phentermine	235	PNEUMOVAX-23	105
paricalcitol	389	phenylephrine hcl	406	PNV-DHA + DOCUSATE	242
paromomycin	42	phenyleph-tropicamide in water	399	POCKET CHAMBER	352, 377
paroxetine hcl	144	Phenyleph-tropicamide in water	399	PODOCON	221
paroxetine mesylate(menop.sym)	270	Phenyltek	138	podofilox	221
PARSABIV	256	phenytoin	138	POLIBAR ACB	229
PASER	53	phenytoin sodium extended	138	POLIVY	69, 89
PAXLOVID	62	PHESGO	91	Polycin	411
pazopanib	83	PHEXXI	180	polymyxin b sulf-trimethoprim	411
peg 3350-electrolytes	289	Philith	190	POMALYST	86
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	289	PHOSPHOLINE IODIDE	399	POMBILITI	388
PEGASYS	57	PHOTREXA	400	PONVORY	398
peg-electrolyte soln	289	PHOTREXA CROSS-LINKING KIT	400	PONVORY 14-DAY STARTER PACK	398
PEMAZYRE	76	PHOTREXA VISCOUS	400	Portia 28	190
pemetrexed	70	PHYSIOLYTE	238	PORTRAZZA	91
pemetrexed disodium	69, 70	PHYSIOSOL IRRIGATION	238	posaconazole	45
PEMFEXY	70	phytonadione (vitamin k1)	244	potassium chloride	239, 240
penicillamine	32, 40	PIFELTRO	49	potassium citrate	295
penicillin v potassium	61	pilocarpine hcl	394, 399	potassium iodide	239
pentamidine	60	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST	336, 377	POTELIGEO	73
PENTASA	284	pimecrolimus	212	povidone-iodine	412
pentazocine-naloxone	21	pimozide	152	PR BENZOYL PEROXIDE	201
pentoxifylline	308			PR CREAM	223
				PRADAXA	317
				PRAKETAMIDE	226

pralatrexate..... 70
 pralidoxime 39
 PRALUENT PEN 121, 122
 pramipexole..... 149
 PRAMOSONE..... 219
 prasugrel..... 315
 pravastatin 120
 praziquantel..... 43
 prazosin 130
 PRECISION PCX PLUS TEST....
 332, 377
 PRECISION PCX TEST. 332, 378
 PRECISION POINT OF CARE
 TEST 333, 378
 PRECISION Q-I-D TEST333, 378
 PRECISION XTRA TEST
 333, 378
 PRED MILD 404
 prednicarbate..... 218
 prednisol ace-gatiflox-bromfen401
 prednisoln sp-gatiflox-bromfen
 401
 prednisoln sp-moxiflox-bromfen ..
 401
 prednisolone 261
 prednisolone acetate..... 404
 prednisolone acetate (pf)..... 404
 prednisolone acetate-bromfenac ...
 407
 prednisolone acetate-nepafenac
 407
 prednisolone sod ph-bromf (pf)
 407
 prednisolone sod ph-moxiflox 401
 prednisolone sodium phosphate
 261, 404
 prednisolone-moxiflo-nepafenac ..
 401
 prednisolone-moxifloxacin hcl401
 prednisolone-moxiflox-bromfen ...
 401
 prednisolon-moxiflox-bromf(pf)...
 401
 prednisone 261
 PREDNISON INTENSOL ... 261
 pregabalin..... 137, 166
 PREGNYL 264
 PREHEVBRIO (PF) 97
 PREMARIN 259, 434
 PREMIER TEST STRIP. 333, 378
 PREMIUM V10 333, 378
 PREMPHASE..... 257
 PREMPRO..... 257
 PRENAISSANCE..... 242
 PRENAISSANCE PLUS 242
 PRENATAL 19 (WITH
 DOCUSATE)..... 242
 PREPIDIL 245
 PRESERA 214
 PRESSURE ACTIVATED
 LANCETS..... 343, 378
 pretomanid 53
 Prevalite 117
 PREVNR 20 (PF)..... 105
 PREVYMIS 55
 PREZCOBIX 51, 61
 PREZISTA 61
 PRIALT..... 15
 PRIFTIN 53, 62
 PRILOSEC..... 279
 primaquine 46
 PRIMEAIRE 352, 378
 primidone 135
 PRIMSOL 43
 PRIORIX (PF) 102, 109, 110
 PRIVIGEN..... 100
 PRO COMFORT ALCOHOL
 PADS 94
 PRO COMFORT LANCET.....
 343, 378
 PRO COMFORT SAFETY
 LANCET..... 343, 378
 PRO DNA COLLECTION.... 394
 PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP
 333, 378
 probenecid..... 298
 PROCARE SPACER WITH
 ADULT MASK 352, 378
 PROCARE SPACER WITH
 CHILD MASK..... 353, 378
 PROCHAMBER..... 353, 378
 prochlorperazine 275
 prochlorperazine maleate 152, 275
 PROCORT 39
 PROCRT..... 302
 PROCTOFOAM HC..... 39
 Procto-Med Hc..... 38, 218
 Proctosol Hc..... 38, 218
 Proctozone-Hc..... 38, 218
 PROCYSBI..... 292
 PRODIGY LANCETS.... 343, 378
 PRODIGY NO CODING 333, 378
 PRODIGY TWIST TOP
 LANCET..... 343, 378
 PROFILNINE 303
 progesterone 271
 progesterone micronized..... 271
 PROGRAF 319
 PROLASTIN-C..... 429
 PROLEUKIN 77
 PROLIA 271
 PROMACTA 317
 promethazine..... 275, 419
 Promethazine Vc..... 418
 Promethazine Vc-Codeine 432
 promethazine-codeine 431
 promethazine-dm 431
 Promethegan 276, 419
 PRONAL..... 220
 propafenone..... 115
 proparacaine 408
 propranolol..... 124
 propranolol-hydrochlorothiazid
 130
 propylthiouracil..... 254
 protriptyline..... 146
 PROVISC..... 410
 PROVOCHOLINE 232
 PTS PANELS EGLU TEST
 STRIP..... 333, 379
 PULMICORT FLEXHALER .422
 PULMOZYME 430
 PURE COMFORT ALCOHOL
 PADS 94

PURE COMFORT LANCETS	RADICAVA	RELION PRIME TEST STRIPS ..
..... 343, 379	..... 321	..... 333, 379
PURE COMFORT SAFETY	RADICAVA ORS..... 321	RELION ULTIMA
LANCETS..... 343, 379	RADICAVA ORS STARTER	..... 333, 379
PURIXAN..... 70	KIT SUSP	RELISTOR
PUSH BUTTON SAFETY	..... 321	..... 41
LANCETS..... 343, 379	RADIOGARDASE..... 39, 40	RELYVRIO
pyrazinamide..... 53	RAGWITEK .....	..... 322
pyridostigmine bromide .....	..... 95	RENACIDIN..... 292
..... 322	raloxifene	RENFLEXIS
pyridoxine (vitamin b6) .....	..... 271	..... 25, 28, 288
..... 243	ramipril..... 112	repaglinide..... 250
pyrimethamine	ranolazine..... 115	REPATHA PUSHTRONEX.....
..... 46	RAPAMUNE .....	..... 121, 122
PYTEST..... 230	RAPID SARS-COV-2 AG HOME	REPATHA SURECLICK121, 122
PYTEST KIT	TEST .....	..... 122
..... 230	..... 336, 379	RESPA-AR
Q	rasagiline .....	..... 418
QALSODY	RASUVO (PF)..... 29	RESTASIS
..... 321	RAVICTI .....	..... 404
QBRELIS .....	..... 390	RESTASIS MULTIDOSE
..... 112	RAYALDEE .....	..... 404
QBREXZA..... 206	..... 389	RETACRIT
QELBREE..... 159	READI-CAT 2 .....	..... 302
QINLOCK..... 83	..... 229	RETEVMO
QNASL	REBIF (WITH ALBUMIN) ...	..... 85
..... 430, 431	..... 396	RETIN-A MICRO PUMP
QSYMIA..... 235	REBIF REBIDOSE..... 396	..... 202
QTERN	REBIF TITRATION PACK ...	RETISERT
..... 251	..... 396	..... 404
QUARTETTE	REBINYN..... 303	RETROVIR..... 51
..... 192	REBLOZYL..... 308, 318	REVCOVI..... 388
quazepam	REBYOTA..... 274	REVEAL TEST STRIP .. 333, 379
..... 161, 173	RECEDO..... 223	REXULTI
quetiapine..... 153, 163	Reclipsen (28)..... 190	..... 155
QUICKVUE AT-HOME COVID-	RECOMBINATE..... 306	REYATAZ..... 61
19 TEST	RECOMBIVAX HB (PF)..... 97	REYVOW
..... 336, 379	RECORLEV .....	..... 169
QUIDROXZAR .....	..... 245	REZLIDHIA
..... 220	RECOTHROM .....	..... 80
QUILLICHEW ER .....	..... 310	REZUROCK..... 33
..... 158	RECOTHROM SPRAY KIT .. 310	RHOGAM ULTRA-FILTERED
QUILLIVANT XR..... 158, 159	RECTIV	PLUS
quinapril .....	..... 38	..... 101
..... 112	REFUAH PLUS..... 333, 379	RHOPHYLAC
quinapril-hydrochlorothiazide. 111	REGENECARE .....	..... 101
quinidine gluconate .....	..... 226	RHOPRESSA
..... 115	REGIOCIT (EUA) .....	..... 413
quinidine sulfate..... 115	..... 300	RIABNI..... 30, 74
quinine sulfate..... 46	REGRANEX..... 228	RIASTAP
QUINTET AC..... 333, 379	RELAGARD..... 434	..... 309
QUINTET GLUCOSE TEST	RELENZA DISKHALER..... 58	ribavirin..... 58, 62
STRIPS	RELEUKO..... 308	RIDAURA
..... 333, 379	RELIAMED LANCET ... 343, 379	..... 30
QUIT 2	RELIAMED SAFETY SEAL	rifabutin..... 54, 62
..... 177	LANCETS..... 343, 379	rifampin..... 54, 62
QUIT 4	RELIAMED TWIST AND CAP	RIGHTEST GL300 LANCETS....
..... 177	LANCET..... 343, 379	..... 344, 379
QULIPTA	RELION CONFIRM-MICRO	RIGHTEST GS250S TEST
..... 167	..... 333, 379	STRIPS
QUTENZA..... 227		..... 333, 379
QUVIVIQ		RIGHTEST GS260 TEST
..... 173		STRIPS
QVAR REDIHALER..... 422		..... 333, 380
R		RIGHTEST GS550 TEST
rabeprazole		STRIPS
..... 279		..... 333, 380

RIGHTEST GS700 TEST STRIP. 334, 380	RYBELSUS 250	SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN)..... 266
RIGHTEST GT333 TEST STRIP 334, 380	RYBREVANT 65	SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN..... 266
RIGHTEST MAX TEST STRIP 334, 380	RYDAPT..... 84	SEREVENT DISKUS..... 425
rilpivirine..... 49	RYLAZE..... 72	SERNIVO 218
riluzole 321	RYPLAZIM 314	SEROQUEL XR 153
rimantadine 58	RYSTIGGO 322	SEROSTIM..... 263
ringer's..... 238	RYTARY 147	sertraline..... 144
RINVOQ..... 32, 204, 285	S	Setlakin 190
RIOMET ER 268	SABRIL 137	sevelamer carbonate..... 294
risedronate..... 255	SAFETY LANCETS 344, 380	sevelamer hcl 294
risperidone..... 151, 163	SAFETY SEAL LANCETS 344, 380	SEVENFACT 304
risperidone microspheres 151	SAFETY-LET LANCETS..... 344, 380	sevoflurane 37
RITEFLO AEROCHAMBER 353, 380	SAFYRAL 190	SF 392
ritonavir..... 62	SAIZEN SAIZENPREP..... 263	SF 5000 PLUS 392
RITUXAN..... 30, 74	Sajazir 124	Sharobel 192
RITUXAN HYCELA 74	salicylic acid..... 221	SHINGRIX (PF) 110
rivastigmine..... 179	SALIMEZ FORTE..... 221	SIGNIFOR 272
rivastigmine tartrate 179	salsalate 37	SIGNIFOR LAR 272
RIVELSA..... 193	SALVAX 221	SIKLOS..... 316
RIVFLOZA..... 293	SALVAX DUO PLUS 220	sildenafil..... 234
RIXUBIS..... 303	SANCUSO..... 276	sildenafil (pulm.hypertension) 133
rizatriptan 168	SANDIMMUNE..... 31, 319	SILICONE MASK - INFANT..... 353, 380
ROCKLATAN..... 409	SANDOSTATIN LAR DEPOT.... 272, 291	SILIQ204
roflumilast..... 423	SANTYL..... 214	silodosin 294
ROLVEDON..... 308	SAPHNELO..... 318	SILVASORB 228
romidepsin..... 77	sapropterin..... 391	silver nitrate 205
ropinirole..... 149	SARCLISA 75	silver nitrate applicators 220
Rosadan..... 224	SAVAYSA..... 301	silver sulfadiazine 212
ROSULA..... 199	SAVELLA 145, 166	SIMBRINZA..... 400
ROSULA CLEANSING CLOTHS..... 199	saxagliptin 249	Simliya (28) 182
rosuvastatin 120	saxagliptin-metformin..... 253	Simpease 183
ROTARIX..... 102, 109	SAXENDA 236	SIMPONI 25, 28, 288
ROTATEQ VACCINE ... 102, 109	SCALACORT DK 218	SIMPONI ARIA 25, 28
ROXYBOND..... 18	SCEMBLIX 84	SIMULECT..... 320
ROZLYTREK..... 83	SCLEROSOL INTRAPLEURAL 432	simvastatin 121
RUBRACA 82	scopolamine base 275	SINGLE-LET..... 344, 380
RUCONEST 301	SECUADO..... 149	sirolimus..... 320
rufinamide 142	SEGLUROMET..... 251	SIRTURO 53
RUKOBIA 47	selegiline hcl 148	SITZMARKS 232
RUXIENCE 30, 74	selenium sulfide 211	SIVEXTRO..... 60
	SELZENTRY..... 47	SKYCLARYS..... 321
		SKYLA 181

SKYRIZI.....	203, 283, 284	SOMAVERT.....	262	STENDRA	234
SKYTROFA	263	SOOLANTRA	224	STERILANCE TL	344, 381
SLYND	192	sorafenib.....	80	STERILE HYDROGEL FOR	
SMART SENSE LANCETS.....		sorbitol	292	JELMYTO	237
.....	344, 380	sorbitol-mannitol.....	292	sterile talc	432
SMART SENSE TEST STRIPS ...		SORILUX	210	STERITALC	432
.....	334, 380	sotalol.....	115, 124	STIMUFEND.....	308
SMARTEST LANCET... 344, 380		Sotalol Af.....	115, 124	STIOLTO RESPIMAT	426
SMARTEST TEST	334, 380	SOTYKTU	203	STIVARGA	80
sodium chlor 0.9% bacteriostat.....		SOTYLIZE	116, 124	STOP SMOKING AID.....	177
.....	237, 243	SOVALDI.....	57	STRATAGRAFT	228
sodium chloride.....	178, 223, 238	SPACE CHAMBER	353, 380	STRAVIX	227
sodium chloride 0.45 %	243	SPACE CHAMBER WITH		STRENSIQ	387
sodium chloride 0.9 %	238, 243	LARGE MASK.....	353, 381	STRIBILD.....	52
sodium chloride 0.9 % (flush). 243		SPACE CHAMBER WITH		STRIVERDI RESPIMAT.....	424
sodium citrate.....	300	MEDIUM MASK	353, 381	STRONG IODINE.....	94, 239
sodium citrate in 0.9 % nacl....	300	SPACE CHAMBER WITH		SUBLOCADE.....	175
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY		SMALL MASK	353, 381	Subvenite.....	141
MOUTH.....	392	SPEEDYSWAB COVID-19		Subvenite Starter (Blue) Kit.....	
SODIUM FLUORIDE 5000		HOME TEST	336, 381	.....	141, 162
PLUS	392	SPIKEVAX 2023-2024(12Y		Subvenite Starter (Green) Kit	
sodium fluoride-pot nitrate	392	UP)(PF).....	107	.....	141, 162
sodium iodide-123	233	spinosad.....	228	Subvenite Starter (Orange) Kit	
sodium iodide-131	233	SPINRAZA (PF).....	326	.....	141, 162
sodium oxybate	171	SPIRIVA RESPIMAT	424	SUCRAID	278
sodium phenylbutyrate.....	390	SPIRIVA WITH HANDIHALER		sucralfate	290, 291
sodium polystyrene sulfonate . 238		.....	424	SUFLAVE.....	290
sodium,potassium,mag sulfates		spironolactone.....	112, 128	sulconazole.....	208
.....	290	spironolacton-hydrochlorothiaz		sulfacetamide sodium.....	211, 412
SOFT TOUCH LANCETS 344,		.....	129	sulfacetamide sodium (acne)... 199	
380		SPRAVATO	143	sulfacetamide sodium-sulfur	
SOGROYA	263	SPRAY AND STRETCH	222	.....	199, 200
SOHONOS.....	321	Sprintec (28).....	190	sulfacetamide sod-sulfur-urea.....	
SOLESTA.....	356	SPRYCEL	84	.....	200, 224
solifenacin.....	296	Sps (With Sorbitol).....	238	sulfacetamide-prednisolone 401	
SOLQUA 100/33.....	253	SPS (WITH SORBITOL)	238	sulfadiazine	62
SOLIRIS	299, 316	Sronyx.....	190	sulfamethoxazole-trimethoprim 43	
SOLOSEC.....	47	SSD	212	SULFAMYLON	212
SOLTAMOX	85	SSKI	239	sulfasalazine	32, 284
SOLU-CORTEF	261	SSS 10-5.....	199	SULFATRIM	43
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL		ST JOSEPH ASPIRIN	37, 315	sulindac	34
(PF)	261	ST. JOSEPH ASPIRIN	37, 315	sumatriptan.....	168
SOLUS V2 LANCETS ... 344, 380		stavudine	51	sumatriptan succinate.....	168, 169
SOLUS V2 TEST STRIPS		STEGLATRO	252	sunitinib malate.....	84
.....	334, 380	STEGLUJAN.....	251	SUNLENCA	41, 42
SOMATULINE DEPOT.....	272	STELARA.....	203, 283	SUNOSI	171

SUPARTZ FX..... 323
 SUPER THIN LANCETS
 344, 381
 SUPPRELIN LA..... 269
 SURE COMFORT ALCOHOL
 PREP PADS..... 94
 SURE COMFORT LANCETS.....
 344, 381
 SURE-LANCE..... 344, 381
 SURE-LANCE ULTRA THIN.....
 344, 381
 SURE-PREP ALCOHOL PREP
 PADS 94
 SURE-TEST EASYPLUS MINI ..
 334, 381
 SURE-TOUCH LANCET
 344, 381
 SURVANTA..... 429
 SUSVIMO..... 409, 414
 SUSVIMO (INITIAL FILL).....
 409, 414
 SUSVIMO IMPLANT AND INS.
 TOOL..... 349, 381
 SUTAB 290
 Syeda 190
 SYLVANT 77
 SYMAX DUOTAB 281, 297
 SYMDEKO..... 429
 SYMJEPI 126
 SYMLINPEN 120..... 249
 SYMLINPEN 60..... 249
 SYMPROIC 41
 SYMTUZA 52
 SYNAGIS 96
 SYNALAR CREAM KIT..... 219
 SYNALAR OINTMENT KIT 219
 SYNALAR TS 220
 SYNAREL 269
 SYNDROS..... 164, 236, 275
 SYNJARDY..... 251
 SYNJARDY XR 251
 SYNOJOYNT 324
 SYNVISC 324
 SYNVISC-ONE..... 324
 SYRINGE AVITENE..... 310

T
 T.R.U.E. TEST ALLERGEN ... 96
 TABLOID 70
 TABRECTA 84
 TACHOSIL..... 310
 tacrolimus..... 212, 319
 tadalafil 234, 294
 tadalafil (pulm. hypertension). 133
 TAFINLAR..... 73
 tafluprost (pf) 413
 TAGITOL V 229
 TAGRISSO 65
 TAKE ACTION..... 196, 197
 TAKHZYRO..... 131
 TALICIA..... 282
 TALTZ AUTOINJECTOR..... 204
 TALTZ AUTOINJECTOR (2
 PACK)..... 204
 TALTZ AUTOINJECTOR (3
 PACK)..... 204
 TALTZ SYRINGE..... 204
 TALZENNA 82
 tamoxifen 85
 tamsulosin 294
 Tarina 24 Fe 190
 Tarina Fe 1/20 (28) 191
 Tarina Fe 1-20 Eq (28)..... 191
 TARON-PREX PRENATAL-
 DHA 240, 242
 TARPEYO 261
 TASCENSO ODT..... 398
 TASIGNA 84
 tasimelteon 166
 tavaborole..... 208
 TAVALISSE..... 300
 TAVNEOS 22
 TAYTULLA 191
 tazarotene 210, 224
 TAZORAC..... 211
 Taztia Xt..... 125
 TAZVERIK..... 76
 TD GOLD TEST STRIP. 334, 381
 TDVAX..... 104
 TECENTRIQ 88
 TECHLITE LANCETS .. 344, 381

TEGRETOL..... 139, 162
 TEGRETOL XR 139, 162
 TEGSEDI..... 246
 TELCARE LANCETS... 344, 381
 TELCARE TEST STRIPS.....
 334, 381
 telmisartan..... 114
 telmisartan-amlodipine 112
 telmisartan-hydrochlorothiazid 113
 temazepam 161, 173
 TEMBEXA 63
 TEMODAR..... 67
 temozolomide..... 67
 TEMPO REFILL KIT WITH
 GAUZE..... 344, 382
 temsirolimus..... 80
 Tencon..... 22
 teniposide 75
 TENIVAC (PF)..... 104
 tenofovir disoproxil fumarate
 51, 56
 TEPADINA..... 66
 TEPEZZA 272
 TEPMETKO 84
 terazosin 130
 terbinafine hcl 44
 terbutaline 425
 terconazole 433
 teriflunomide..... 397
 teriparatide 255
 Terrell..... 37
 TERSI FOAM..... 211
 TEST N'GO TEST 334, 382
 testosterone 247, 248
 testosterone cypionate..... 247
 testosterone enanthate 247
 tetrabenazine 170
 tetracaine hcl 408
 tetracaine hcl (pf) 408
 tetracycline 63
 TEXACORT 218
 TEZSPIRE 423
 THALOMID 45, 86
 THEO-24..... 423
 theophylline..... 423

thiamine hcl (vitamin b1).....	243	tolcapone.....	147	TREXALL	29, 70
THIN LANCETS	344, 382	tolterodine	298	triamcinolone acetonide ..	218, 393
THIOLA EC.....	292	tolvaptan.....	129	triamterene	128
thioridazine	153	TOPCARE UNIVERSAL1		triamterene-hydrochlorothiazid	129
thiotepa.....	66	LANCET.....	344, 382	triazolam	161, 173
thiothixene.....	153	topiramate	139, 140	TRI-CHLOR	221
THRESHOLD IMT TRAINER		topotecan.....	86	Triderm	218
.....	353, 382	toremifene	85	trientine	40
THRESHOLD PEP DEVICE		TORONOVA II SUIK	34	Tri-Estarylla	194
.....	353, 382	TORONOVA SUIK.....	34	TRIFERIC.....	239
THROMBIN-JMI	310	torse mide.....	128	trifluoperazine	153
THYMOGLOBULIN	101	TOTALVISC	410	trifluridine	412
THYQUIDITY.....	273	TOUJEO MAX U-300		trihexyphenidyl	148
THYROGEN.....	232	SOLOSTAR.....	266	TRIJARDY XR.....	254
thyroid (pork).....	272	TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRIKAFTA.....	429
Tiadylt Er	125	INSULIN.....	266	Tri-Legest Fe.....	194
tiagabine.....	137	TOXICOLOGY SALIVA		Tri-Linyah.....	194
TIBSOVO	80	COLLECTION	232	TRILOAN II SUIK.....	261
TIGLUTIK.....	321	TPOXX (NATIONAL		TRILOAN SUIK.....	262
Tilia Fe	194	STOCKPILE).....	63	Tri-Lo-Estarylla	194
timolol maleate.....	124, 407	TRACLEER.....	132	Tri-Lo-Marzia	194
timolol maleate (pf).....	407	TRADJENTA	249	Tri-Lo-Mili.....	194
timolol-brimonidi-dorzolam(pf) ...		tramadol	18, 19	Tri-Lo-Sprintec	194
.....	405	tramadol-acetaminophen.....	21, 22	TRI-LUMA	213
tinidazole.....	47	trandolapril.....	112	TRILURON	324
tiopronin.....	292	trandolapril-verapamil.....	111	trimethobenzamide.....	275
TIROSINT	273	tranexamic acid	309	trimethoprim	43
TIROSINT-SOL	273	tranylecypromine	143	Tri-Mili	194
TISSEEL VHSD (APROTININ,		TRANZAREL.....	226	trimipramine.....	147
SYN)	225	travoprost	413	TRI-MIX (PAPAVRN-	
TIS-U-SOL PENTALYTE	238	TRAZIMERA	91	PHNTLMN-PGE1)	234
TIVDAK	69, 90	trazodone.....	144	TRIMO-SAN JELLY.....	434
TIVICAY	48	TRECATOR	54	TRINTELLIX	145
TIVICAY PD	48	TRELEGY ELLIPTA	427	Tri-Nymyo	194
tizanidine.....	325	TRELSTAR	79	TRIPTODUR	269
TLANDO	248	TREMFYA	203	TRISENOX.....	72
TOBI PODHALER.....	428	treprostinil sodium	131	Tri-Sprintec (28)	194
TOBRADEX.....	401	TRESIBA FLEXTOUCH U-100..		TRIUMEQ	52
TOBRADEX ST	401	.....	267	TRIUMEQ PD	52
tobramycin	411, 428	TRESIBA FLEXTOUCH U-200..		TRIVISC	324
tobramycin in 0.225 % nacl	428	.....	267	Trivora (28).....	194
tobramycin with nebulizer	428	TRESIBA U-100 INSULIN....	267	Tri-Vylibra	194
tobramycin-dexamethasone	401	tretinoin	202	Tri-Vylibra Lo.....	194
tobramycin-vancomycin .	401, 411	tretinoin (antineoplastic)	84	TRODELVY	90
TOBREX.....	411	tretinoin microspheres.....	202	TROGARZO.....	47
TOLAK.....	209	TRETTEN.....	307	tropicamide	402

tropic-proparacai-pe-ketor-wat	TWIST LANCETS	345, 383	ULTRATRAK	334, 383
.....	TYBLUME	191	ULTRATRAK ULTIMATE.....	
trospium	TYBOST	390	334, 383	
TRUDHESA	Tydemy	191	UNILET COMFORTOUCH	
TRUE COMFORT ALCOHOL	TYMLOS	255	LANCET.....	345, 383
PADS	TYRVAYA	431	UNILET GP LANCET ...	345, 383
TRUE COMFORT LANCET	TYSABRI	395	UNILET LANCET	345, 384
.....	TYVASO	132	UNILET LANCETS	345, 384
TRUE COMFORT PRO	TYVASO DPI.....	132	UNILET SUPER THIN	
ALCOHOL PADS	TYVASO INSTITUTIONAL		LANCETS.....	345, 384
TRUE METRIX GLUCOSE	START KIT	132	UNISTIK 3 COMFORT	
TEST STRIP	TYVASO REFILL KIT	132	LANCET.....	346, 384
TRUE METRIX PRO TEST	TYVASO STARTER KIT	132	UNISTIK 3 EXTRA LANCET	
STRIP.....	TZIELD.....	244	.....	346, 384
TRUEPLUS KETONE ...	U		UNISTIK 3 GENTLE.....	346, 384
356, 382	UBRELVY.....	167	UNISTIK 3 NORMAL LANCET	
TRUEPLUS LANCETS .	UDENYCA.....	308	.....	346, 384
345, 382	UDENYCA ONBODY.....	308	UNISTIK COMFORT LANCETS	
TRUETEST TEST STRIPS.....	ULESFIA	228	.....	346, 384
.....	ULTILET ALCOHOL SWAB .	94	UNISTIK CZT LANCET	346, 384
334, 382	ULTILET BASIC LANCETS		UNISTIK EXTRA LANCETS	
TRUETRACK TEST .....	.....	345, 383	.....	346, 384
334, 382	ULTILET CLASSIC LANCETS..		UNISTIK NORMAL LANCETS .	
TRULANCE	345, 383		.....	346, 384
277, 282	ULTILET LANCETS	345, 383	UNISTIK PRO LANCET	346, 384
TRULICITY	ULTILET SAFETY LANCETS ...		UNISTIK SAFETY	346, 384
250	.....	345, 383	UNISTIK TOUCH LANCETS.....	
TRUMENBA	ULTIMA TEST STRIPS	334, 383	.....	346, 384
106	ULTOMIRIS.....	299, 316	UNISTRIP1 TEST STRIP	
TRUQAP.....	ULTRA FINE LANCETS .....		.....	334, 384
64	.....	345, 383	UNIVERSAL 1 LANCETS.....	
TRUSKIN	ULTRA THIN II LANCETS .....		.....	346, 384
227	.....	345, 383	UPLIZNA	319
TRUSTEX LATEX CONDOM....	ULTRA THIN LANCETS.....		UPNEEQ (PF).....	399
.....	.....	345, 383	UPTRAVI.....	130
348, 382	ULTRA THIN PLUS LANCETS .		URAMAXIN.....	221
TRUSTEX LUBRICATED	.....	345, 383	URAMAXIN GT	220
CONDOMS.....	ULTRA TLC LANCETS	345, 383	urea	221
348, 382	ULTRA-CARE LANCETS		UREA NAIL STICK.....	221
TRUSTEX NON-LUB	.....	345, 383	URETRON D-S	60, 296
CONDOMS.....	ULTRALANCE LANCETS.....		URISTIX 4.....	231, 384
348, 382	.....	345, 383	URISTIX REAGENT	231, 384
TRUSTEX-RIA	ULTRASAL-ER	221	URO-458.....	60, 296
LUB/SPERMICIDE.....	ULTRA-THIN II LANCETS.....		UROGESIC-BLUE.....	60, 296
349, 382	.....	345, 383	URO-MP.....	60, 296
TRUSTEX-RIA LUBRICATED				
CONDOMS.....				
349, 382				
TRUSTEX-RIA NON-LUB				
CONDOMS.....				
349, 383				
TRUXIMA				
30, 74				
TUDORZA PRESSAIR.....				
424				
TUKYSA				
75				
Tulana				
192				
TURALIO				
84				
Turqoz (28)				
191				
TUXARIN ER				
432				
TWINRIX (PF)				
96				
TWIRLA.....				
195				

UROQID-ACID NO.2	60, 295	VCF CONTRACEPTIVE GEL	197	VIOKACE.....	277
ursodiol	278	.....	197	Viorele (28).....	183
V		VECTIBIX.....	91	VIRACEPT	62
VABYSMO.....	399	VEGZELMA.....	65	VIREAD	51, 56
VAGINAL CONTRACEPTIVE		VELETRI.....	132	VISCO-3	324
FILM	197	Velivet Triphasic Regimen (28)....	194	VISTASEAL-FIBRIN SEALANT	
valacyclovir.....	58	.....	194	.....	311
VALCHLOR.....	209	VELPHORO	294	VISUDYNE	409
valganciclovir.....	55	VELSIPITY	285	VITAFOL FE+ (WITH	
valproic acid.....	136, 163	VELTASSA	238	DOCUSATE).....	242
valproic acid (as sodium salt)	136, 163	VEMLIDY	56	Vitamin D2.....	244
valrubicin	87	VENCLEXTA.....	72	VITAMIN K	244
valsartan	114	VENCLEXTA STARTING		Vitamin K1.....	244
valsartan-hydrochlorothiazide.	113	PACK.....	73	VITRAKVI.....	87
VALSTAR	87	venlafaxine.....	145	VIVAGUARD INO TEST STRIP	
VALTOCO	136, 161	VENTAVIS.....	132	.....	335, 385
vancomycin.....	56	VEOPOZ.....	274	VIVAGUARD LANCET	346, 385
vancomycin in 0.9 % sodium chl..	402	VEOZAH	245	VIVIMUSTA	67
VANFLYTA.....	76	verapamil.....	116, 126	VIVITROL.....	175
VANOXIDE-HC.....	201	VERIFINE SAFETY LANCET		VIVJOA	44
VAQTA (PF)	96	MINI	346, 384	VIVOTIF.....	102, 104
vardenafil	234	VERIFINE UNIVERSAL		VIZIMPRO	65
varenicline.....	178	LANCET.....	346, 385	VOCABRIA.....	48
VARIBAR HONEY.....	229	VERQUVO.....	115	Volnea (28)	183
VARIBAR NECTAR.....	229	VERSACLOZ.....	151	VONJO	78
VARIBAR PUDDING.....	229	VERZENIO.....	75	VONVENDI	309
VARIBAR THIN HONEY	230	VESICARE LS	296	VOQUEZNA	274
VARIBAR THIN LIQUID	230	Vestura (28)	191	VOQUEZNA DUAL PAK	282
VARIVAX (PF).....	102, 110	VEVYE.....	404	VOQUEZNA TRIPLE PAK... 282	
VARIZIG	101	V-GO 20.....	355, 385	VORAXAZE.....	92
VARUBI	276	V-GO 30.....	355, 385	voriconazole.....	45
VASCEPA	121	V-GO 40.....	355, 385	VORTEX HOLDING	
VASELINE WHITE		VIBERZI.....	283, 288	CHAMBER.....	353, 385
PETROLEUM.....	223	VICTOZA 2-PAK.....	250	VORTEX VHC FROG MASK-	
VASHE	228	VICTOZA 3-PAK.....	250	CHILD	353, 385
VAXCHORA ACTIVE		Vienva.....	191	VORTEX VHC LADYBUG	
COMPONENT.....	102, 106	vigabatrin	137	MASK-TODDLR	353, 385
VAXCHORA BUFFER		Vigadrone.....	138	VOSEVI.....	57
COMPONENT.....	178	Vigpoder	138	VOWST	274
VAXCHORA VACCINE102, 106		VIJOICE	390	VOXZOGO.....	254
VAXNEUVANCE (PF).....	105	vilazodone.....	145	VP-CH-PNV	242
VCF CONTRACEPTIVE FILM ..	197	VILTEPSO.....	323	VPRIV.....	387
.....	197	VIMIZIM	388	VRAYLAR	155, 163, 164
		VIMPAT	137	VTAMA	211
		vinblastine.....	87	VUITY	400
		vinorelbine	87	VUMERITY	396

VYEPTI	167	WYNZORA	202	XYNTHA.....	306
Vyfemla (28).....	191	X		XYNTHA SOLOFUSE	306
VYLEESI.....	166	XADAGO	148	XYOSTED	248
Vylibra	191	XALIX	222	XYWAV	171
VYNDAMAX.....	246	XALKORI.....	68	Y	
VYNDAQEL	246	XARELTO.....	301, 302	Yargesa	389
VYONDYS-53.....	323	XARELTO DVT-PE TREAT 30D		YASMIN (28).....	191
VYVANSE	159	START.....	301	YAZ (28).....	191
VYVGART	322	XATMEP	29, 70	YCANTH.....	222
VYVGART HYTRULO.....	322	XCLAIR.....	214	YERVOY	75
VYXEOS	68	XCOPRI.....	142	YOKATAR.....	213
VYZULTA.....	413	XCOPRI MAINTENANCE		YONDELIS.....	88
W		PACK.....	142	YONSA.....	65, 68
WAKIX.....	171	XCOPRI TITRATION PACK	142	YUPELRI.....	424
warfarin.....	300	XDEMVI	398	Yuvaferm.....	434
water for irrigation, sterile	239	XELJANZ.....	32, 285	Z	
WAVESENSE JAZZ.....	335, 385	XELJANZ XR	32, 285	Zafemy	195
WAVESENSE PRESTO	335, 385	XELPROS.....	413	zafirlukast.....	423
WEBCOL.....	94	XELSTRYM.....	159, 165	zaleplon.....	173
WEGOVY.....	236	XEMBIFY.....	100	ZALTRAP.....	90
WELIREG.....	77	XENLETA	61	ZANOSAR.....	88
Wera (28).....	191	XENON XE-133.....	232, 233	Zarah	191
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60...		XENOVIEW PATIENT DOSE....		ZARXIO	308
.....	336, 385	.....	232	ZAVZPRET	167
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65...		XENOVIEW PREPARATION		ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	
.....	337, 385	GAS BLEND	232	.....	246
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70...		XENPOZYME.....	386	ZEGALOGUE SYRINGE.....	246
.....	337, 385	XEOMIN.....	324	ZEJULA	82
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75...		XEPI	206	ZELAPAR.....	148
.....	337, 385	XGEVA.....	271	ZELBORAF.....	73
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80...		XHANCE.....	431	ZELNORM	283, 288
.....	337, 385	XIAFLEX	324	ZEMAIRA	429
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85...		XIFAXAN.....	62	Zenatane	198
.....	337, 386	XIGDUO XR	251	ZENPEP	278
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90...		XIIDRA.....	404	Zenedi.....	159, 165, 172
.....	337, 386	XOFLUZA	58	ZEPATIER.....	57
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95...		XOLAIR	420	ZEPBOUND	234
.....	337, 386	XOSPATA	76	ZEPOSIA	285, 398
WILATE	306	XPHOZAH	237	ZEPOSIA STARTER KIT (28-	
WILZIN	40	XPOVIO	76, 85	DAY)	285, 398
WINLEVI	198	XTAMPZA ER	19	ZEPOSIA STARTER PACK (7-	
WINRHO SDF.....	101	XTANDI.....	68	DAY)	285, 398
Wixela Inhub.....	427	Xulane	195	ZEPZELCA.....	88
WOUNDGELHA MATRIX...	223	XULTOPHY 100/3.6.....	254	ZETONNA.....	431
Wymzya Fe.....	191	XURIDEN.....	389	zidovudine.....	51

ZIEXTENZO	308	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	256	ZULRESSO	143
ZILBRYSQ	322	ZOLINZA	77	Zumandimine (28)	192
ZIMHI	41	zolmitriptan	169	ZURZUVAE	143
ziprasidone hcl	149, 164	zolpidem.....	173	ZYDELIG	81
ZIRABEV	65	ZOMACTON.....	263	ZYKADIA	68
ZIRGAN	412	Zomig.....	169	ZYLET	401
ZITHRANOL.....	211	ZONISADE.....	142	ZYNLONTA.....	73
ZITUVIO	249	zonisamide	142	ZYNYZ.....	89
ZOKINVY	391	ZONTIVITY	316	ZYPRAM.....	39
ZOLADEX.....	79	ZORYVE	211	ZYPREXA RELPREVV	153, 154
zoledronic acid.....	255	Zovia 1-35 (28)	192		
zoledronic acid-mannitol-water	255	ZTALMY	140		
		ZUBSOLV	175		