



Lista Nacional de Medicamentos

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de cuatro niveles

Tu beneficio para medicamentos recetados viene con una lista de medicamentos también conocida como formulario. Esta lista contiene medicamentos recetados de marca y genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. Estamos a tu disposición. Si eres un miembro actual de Anthem y tienes preguntas sobre tus beneficios de farmacia, podemos ayudarte. Solo tienes que llamar al número de Servicios de Farmacia para Miembros que figura en tu tarjeta de identificación.

Los nombres de los productos que aparecen en este formulario se indican debajo.

Solution PPO 1500/15/20	\$5/\$15/\$50/\$65/30% to \$250 after deductible
Solution PPO 2000/20/20	\$5/\$20/\$30/\$50/30% to \$250
Solution PPO 2500/25/20	\$5/\$20/\$40/\$60/30% to \$250
Solution PPO 3500/30/30	\$5/\$20/\$40/\$60/30% to \$250 Rx ded \$150
Solution PPO 4500/30/30	\$5/\$20/\$40/\$75/30% to \$250
Solution PPO 5500/30/30	\$5/\$20/\$40/\$75/30% to \$250 Rx ded \$250
\$5/\$15/\$25/\$45/30% to \$250	\$5/\$20/\$50/\$65/30% to \$250 Rx ded \$500
\$5/\$15/\$30/\$50/30% to \$250	\$5/\$20/\$50/\$70/30% to \$250
\$5/\$15/\$40/\$60/30% to \$250	\$5/\$20/\$50/\$70/30% to \$250 after deductible

Algunas cosas para recordar:

- Puedes ver y buscar en nuestra lista de medicamentos actual en el sitio [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) and choose Prescription Benefits. Ten en cuenta lo siguiente: El formulario está sujeto a cambios y todas las versiones anteriores del formulario no son válidas.
- Los miembros actuales de Anthem tienen a disposición herramientas y recursos adicionales para ver la lista de medicamentos más actualizada del plan, así como los medicamentos que se agregaron, los genéricos y más, al iniciar sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca).
- Tu cobertura tiene limitaciones y exclusiones, lo cual significa que hay ciertas normas sobre lo que cubre tu plan y lo que no cubre. ¿Ya eres miembro? Puedes ver tu Certificado/Evidencia de cobertura o tu Descripción resumida del plan si inicias sesión en [anthem.com](https://www.anthem.com) y accedes a **My Plan ->Benefits-> Plan Documents (Mi plan ->Beneficios-> Documentos del plan)**.
- Tú y tu médico pueden usar esta lista como guía para elegir los medicamentos adecuados para ti. Es posible que tu plan no cubra los medicamentos que no están en esta lista y pueden costarte más como gasto de bolsillo. Para ayudarte a comprender cómo funciona la lista con tu beneficio para medicamentos, hemos incluido algunas preguntas frecuentes (FAQ) en este documento sobre cómo se organiza la lista y qué hacer si un medicamento no se encuentra en ella.

Lista Nacional de Medicamentos

Cuatro Niveles

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION	4
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	12
ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC - BIOLOGICAL AGENTS	15
AMEBICIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	16
AMINOGLYCOSIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	16
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	16
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	20
ANALGESICS - OPIOID - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	22
ANDROGENS-ANABOLIC - HORMONES	26
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS - RECTAL PREPARATIONS	27
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR INFECTIONS	27
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART	27
ANTIANKXIETY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	28
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS FOR THE HEART	29
ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS	30
ANTICOAGULANTS - DRUGS FOR THE BLOOD	34
ANTICONVULSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	35
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	40
ANTIDIABETICS - HORMONES	43
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH	48
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING	49
ANTIEMETICS - DRUGS FOR THE STOMACH	50
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS	52
ANTIHIISTAMINES - DRUGS FOR THE LUNGS	54
ANTIHYPERLIPIDEMICS - DRUGS FOR THE HEART	55
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART	57
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS	62
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR INFECTIONS	65
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	66
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - DRUGS FOR INFECTIONS	66
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES - DRUGS FOR CANCER	67
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	89
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	91
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS	95
ANTIVIRALS - DRUGS FOR INFECTIONS	95
BETA BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	101
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	103
CARDIOTONICS - DRUGS FOR THE HEART	106
CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE HEART	106
CEPHALOSPORINS - DRUGS FOR INFECTIONS	109
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR WOMEN	111
CORTICOSTEROIDS - HORMONES	118
COUGH/COLD/ALLERGY - DRUGS FOR THE LUNGS	120
DERMATOLOGICALS - DRUGS FOR THE SKIN	121
DIAGNOSTIC PRODUCTS	133
DIGESTIVE AIDS - DRUGS FOR THE STOMACH	134
DIURETICS - DRUGS FOR THE HEART	134
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC. - HORMONES	135
ESTROGENS - HORMONES	144
FLUOROQUINOLONES - DRUGS FOR INFECTIONS	145
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH	146
GENERAL ANESTHETICS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	149
GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	150
GOUT AGENTS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	152
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE BLOOD	152
HEMATOPOIETIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION	158
HEMOSTATICS - DRUGS FOR THE BLOOD	161
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	163

LAXATIVES - DRUGS FOR THE STOMACH	164
LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	167
MACROLIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	169
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT	169
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	189
MINERALS & ELECTROLYTES - DRUGS FOR NUTRITION	190
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES - VITAMINS AND MINERALS	193
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT	198
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	200
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES	210
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL - DRUGS FOR THE NOSE	212
NEUROMUSCULAR AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	213
NUTRIENTS - DRUGS FOR NUTRITION	214
OPHTHALMIC AGENTS - DRUGS FOR THE EYE	215
OTIC AGENTS - DRUGS FOR THE EAR	223
OXYTOCICS - HORMONES	223
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS - BIOLOGICAL AGENTS	224
PENICILLINS - DRUGS FOR INFECTIONS	225
PROGESTINS - HORMONES	227
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	227
RESPIRATORY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE LUNGS	235
SULFONAMIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	236
TETRACYCLINES - DRUGS FOR INFECTIONS	236
THYROID AGENTS - HORMONES	237
TOXOIDS - BIOLOGICAL AGENTS	238
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR THE STOMACH	238
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	241
VACCINES - BIOLOGICAL AGENTS	241
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN	245
VASOPRESSORS - DRUGS FOR THE HEART	246
VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	247



Lista Nacional de Medicamentos – Sección Informativa

Definiciones

"\$0" al lado de un medicamento significa que este es un medicamento preventivo. Para algunos miembros, este producto puede estar cubierto al 100% con un costo de \$ 0

Comparta con una receta de su proveedor si se cumplen los criterios especificados.

"**Medicamento con nombre de marca**" significa un medicamento que se comercializa bajo un nombre patentado y protegido por una marca registrada. Un medicamento con nombre de marca aparece en este formulario en todas las letras MAYÚSCULAS.

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

"**Copago**" significa una cantidad fija en dólares que un afiliado paga por un beneficio de atención médica cubierto después de que el afiliado haya pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de atención médica, como el beneficio de medicamentos recetados.

"**Deducible**" significa la cantidad 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.

"**Optimización de dosis (OD)**" significa optimización de dosis. Por lo general, esto significa que es posible que tenga que cambiar de tomar un medicamento dos veces al día a tomarlo una vez al día con una concentración más alta.

"**Nivel de medicamentos**" es un grupo de medicamentos recetados que corresponde a un nivel específico de costos compartidos en 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.

"**Afiliado**" es una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan. Todas las referencias a los afiliados en esta plantilla de formulario también incluirán al suscriptor como se define en esta sección a continuación.

"**Solicitud de excepción**" es una solicitud de cobertura de un medicamento recetado. Si un afiliado, su designado o proveedor de atención 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.

"**Circunstancias exigentes**" significa cuando usted sufre de una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, o cuando se está sometiendo a un curso actual de tratamiento con un medicamento no incluido en el formulario.

"**Formulario**" o "lista de medicamentos recetados" es la lista completa de medicamentos preferidos para su uso y elegibles para la cobertura de un producto del plan de salud, e incluye todos los medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios del producto del plan de salud. El formulario también se conoce como una lista de medicamentos recetados.

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

"**Distribución limitada (LD)**" significa distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles solo a través de ciertas farmacias o mayoristas, dependiendo de lo que decida el fabricante.

"**Médicamente necesario**" significa beneficios de atención médica necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una afección médica o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. El seguro de salud generalmente no cubre los beneficios de atención médica que no son médicamente necesarios.



"**Medicamento no incluido** en el formulario" es un medicamento recetado que no figura en el formulario del plan de salud.

"**Quimioterapia oral (OC)**" A pesar de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares (\$ 250) por una receta individual de hasta un suministro de 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado administrado por vía oral cubierto por la póliza.

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

"**Proveedor de prescripción**" es un proveedor de atención médica autorizado para escribir una receta para tratar una afección médica para un afiliado al plan de salud.

"**Receta**" es una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que receta 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 prescribe, la firma del proveedor que prescribe si la receta es por escrito y si el afiliado lo solicita, La condición médica o el propósito para el cual se prescribe el medicamento.

"**Medicamento recetado**" es un medicamento recetado por el proveedor de recetas del afiliado y requiere una receta según la ley aplicable.

"**Autorización previa (PA)**" es el requisito de un plan de salud de que el afiliado o el proveedor de recetas del afiliado obtengan 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.

"**Límite de cantidad (QL)**" significa una restricción en el número de dosis de un medicamento recetado cubierto por un producto de seguro de salud durante un período de tiempo específico, o cualquier otra limitación en la cantidad de un medicamento que está cubierto.

"**Medicamentos especializados (SP)**" significa medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se usan para tratar afecciones difíciles a largo plazo. Es posible que necesite obtener este medicamento a través de una farmacia especializada.

La "**terapia escalonada (ST)**" es un proceso que especifica la secuencia en la que se prescriben diferentes medicamentos recetados para una condición médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. El plan de salud puede requerir 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.

"**Suscriptor**" significa la persona que es responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, excepto por dependencia familiar, es la base para la elegibilidad para la membresía en el plan.

Preguntas frecuentes

¿Cómo sé qué medicamentos están cubiertos por mis beneficios?

Esta es una lista completa de todos los medicamentos en la lista de medicamentos. Sin embargo, es posible que un medicamento (s) en esta lista no esté cubierto, dependiendo del diseño de su plan.

Su beneficio de farmacia cubre medicamentos recetados, incluidos los medicamentos especializados, que pueden administrarse como parte de una visita al médico, una visita de atención domiciliar o en un centro ambulatorio cuando son servicios cubiertos. Los beneficios que se le administran en el consultorio de su proveedor generalmente están cubiertos por su beneficio médico. Esto puede incluir medicamentos para terapia de infusión, quimioterapia, productos sanguíneos, ciertos inyectables y cualquier medicamento que deba ser administrado por un proveedor.

¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?

- (A) Un medicamento recetado puede localizarse buscando la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece el medicamento o el nombre de la marca o el nombre **genérico** del medicamento en el índice alfabético; y
- (B) Si un equivalente genérico para un medicamento de nombre de marca no está disponible en el mercado o no está cubierto, el medicamento no se enumerará por separado por su nombre **genérico**.

Puede buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

- Nombre del medicamento, usando Ctrl + F en su teclado, luego escriba el nombre del medicamento que está buscando.
- Clase de fármaco, utilizando las categorías enumeradas en orden alfabético.

¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?

- Un medicamento se enumera alfabéticamente por su nombre de marca y nombres **genéricos** en la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece;
- El nombre **genérico** de un medicamento con nombre de marca se incluye después del nombre de la marca entre paréntesis y todas las letras **minúsculas en negrita y cursiva**;

PSEUDOBULBAR AFFECT (PBA) AGENTS, NMDA ANTAGONISTS TYPE - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS
<i>NUEDEXTA ORAL CAPSULE (dextromethorphan)</i>

- Si un equivalente genérico para un medicamento con nombre de marca está disponible y cubierto, el medicamento **genérico** se enumerará por separado del medicamento con nombre de marca en todas las **letras minúsculas en negrita y cursiva**; y

AMINOPENICILLIN ANTIBIOTIC - ANTIBIOTICS
<i>amoxicillin oral capsule</i>

- Si un medicamento genérico se comercializa bajo un nombre de marca patentado y protegido por una marca registrada, el nombre de la marca se enumerará después del nombre **genérico** entre paréntesis y tipo de letra regular con la primera letra de cada palabra en mayúscula.

<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia 28 Oral Tablet)</i>

La sección "Bajo requisitos y límites de cobertura" indicará si necesita aprobación previa antes de poder tomar el medicamento (llamado autorización previa o PA), o si necesita probar otros medicamentos primero para su tratamiento (llamado terapia escalonada o ST).

Nota: La presencia de un medicamento recetado en el formulario no garantiza que su médico le recete ese medicamento recetado para una afección médica en particular.



¿Cuáles son mis opciones para obtener mis recetas?

Usted tiene muchas opciones sobre cómo y dónde obtener sus medicamentos recetados, incluidas las farmacias locales en su plan, la entrega conveniente a domicilio o las farmacias especializadas. La mayoría de los planes incluyen nuestro programa de entrega a domicilio sin costo adicional para usted.

Los miembros actuales de Anthem pueden obtener más información iniciando sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) y elegir Prescription Benefits o llamando al 833-203-1739. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en la lista?

Entendemos que solo usted y su médico saben qué es lo mejor para usted. Si desea tomar un medicamento que no está en la lista de medicamentos, es posible que tenga que pagar el costo total del mismo. También puede hablar con su médico o farmacéutico para ver si hay otro medicamento cubierto por su plan que funcione igual de bien, o si los medicamentos genéricos o de venta libre son una opción. Solo usted y su médico pueden decidir qué medicamentos son adecuados para usted.

Si un medicamento que está tomando no está cubierto, su médico puede pedirnos que revisemos la cobertura. Este proceso se denomina aprobación previa o autorización previa.

Su médico puede iniciar el proceso completando una autorización previa electrónica, llamando al número de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o descargando un formulario de autorización previa de nuestro sitio web y enviándolo. Si su solicitud es aprobada, la cantidad que pague por el medicamento dependerá del beneficio de su plan.

Hay algunas opciones para que su médico inicie el proceso de autorización previa (PA):

1. Envíe una solicitud de PA electrónica yendo a <https://www.covermy meds.com/main/partners/anthem>.
2. Inicie sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) y elija **Farmacia**.
 - Vaya a **Recursos de farmacia** y **busque su medicamento en su lista de** medicamentos.
 - Elija la concentración y la forma correctas del medicamento.
 - Desplácese hacia abajo hasta **Definición de restricciones** y busque el formulario de fax correspondiente en la tabla.
 - Su médico [completa y nos envía el formulario](#) por fax al 844-474-3347.
3. Llamar al número de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si el anticonceptivo que está tomando no está en el formulario, su médico puede comunicarse con nosotros si es medicamento necesario porque los anticonceptivos preferidos son inapropiados para usted, y renunciaremos a su costo compartido.

¿Quién decide qué medicamentos están en la lista?

Los medicamentos en la lista se revisan a través de nuestro proceso de Farmacia y Terapéutica (P&T). En este proceso, un grupo de médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud independientes deciden qué medicamentos incluimos en nuestras listas. Este grupo se reúne regularmente para analizar medicamentos nuevos y existentes y recomienda medicamentos en función de cuán seguros son, qué tan bien funcionan y el valor que ofrecen a nuestros miembros.

¿Qué es un medicamento especializado y cómo puedo obtenerlo?

Si está tomando un medicamento que se considera un medicamento especializado, es posible que deba usar una farmacia especializada para su medicamento.

Los medicamentos especializados vienen en muchas formas, como píldoras, líquidos, inyecciones (inyecciones), infusiones o inhaladores, y pueden necesitar almacenamiento y manejo especiales. Por lo general, los beneficios para medicamentos especializados que se autoadministran estarán cubiertos por el beneficio de farmacia. Los beneficios para medicamentos especializados que se le administran en el consultorio de su proveedor generalmente están cubiertos por su beneficio médico. Si usa farmacias que no están en la red, es posible que su medicamento no esté cubierto y que tenga que pagar el costo total. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.



¿Cambia la lista de medicamentos y cómo sabré si lo hace?

Los medicamentos en nuestra lista se revisan y actualizan mensualmente. A veces, los medicamentos se agregan, eliminan, cambian de nivel o tienen requisitos actualizados. Los cambios generalmente entrarán en vigencia el primer día del mes. Pero no se preocupe, le informaremos si un medicamento que toma se elimina de la lista y, en algunos casos, si un medicamento que toma se mueve a un nivel superior.

Siempre puede revisar la lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que toma todavía estén en ella. Encontrará la lista de medicamentos más actualizada cuando inicie sesión en anthem.com/ca.

¿Qué tipo de medicamentos puedo encontrar en el formulario?

Cubrimos medicamentos de atención preventiva aprobados por la FDA con costo compartido cero en cumplimiento con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) y las regulaciones estatales de California. Es posible que su médico deba escribir una receta para que estos servicios preventivos estén cubiertos por su plan, incluso si figuran como de venta libre. La disponibilidad o cobertura de estos medicamentos sin costo compartido puede estar sujeta a criterios establecidos por el plan de salud.

Cubrimos equipos y suministros aprobados por la FDA para el manejo y tratamiento de la diabetes que usa insulina, la diabetes que no usa insulina y la diabetes gestacional según sea médicamente necesario. La medicación abarca insulina, bombas de insulina y agentes hipoglucemiantes orales. Los suministros y equipos cubiertos se limitan a monitores de glucosa, tiras reactivas, jeringas y lancetas. Los beneficios cubiertos también incluyen el autocontrol ambulatorio y los servicios educativos utilizados para tratar la diabetes si los servicios se proporcionan a través de un programa autorizado por el Proyecto de Control de la Diabetes del Estado dentro de la Oficina de Salud.

¿Qué medicamentos puedo encontrar en cada nivel?

Colocamos los medicamentos en diferentes niveles según lo bien que funcionan para mejorar la salud, si hay opciones de venta libre (OTC) y sus costos en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Cuanto más bajo sea el nivel, menor será su parte del costo. Aquí hay un desglose de los niveles en su plan:

- Los medicamentos de nivel 1 tienen el costo compartido más bajo para usted. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas afecciones. Algunos planes dividen el Nivel 1 en Nivel 1a y Nivel 1b:
 - Los medicamentos de nivel 1a tienen el costo compartido más bajo. Estos son a menudo medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas condiciones.
 - Los medicamentos de nivel 1b tienen una participación de bajo costo. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas afecciones.
- Los medicamentos de Nivel 2 tienen un costo compartido más alto que el Nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferidos, según lo bien que funcionen y su costo en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son medicamentos genéricos que pueden costar más porque son más nuevos en el mercado.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen el costo compartido más alto. A menudo incluyen medicamentos de marca y genéricos que pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 3 también puede incluir medicamentos que fueron aprobados recientemente por la FDA o medicamentos especializados que se usan para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.
- Los medicamentos de nivel 4 tienen el costo compartido más alto y generalmente incluyen medicamentos especializados de marca y genéricos. Pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 4 también puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.



¿Cómo sabré si mi medicamento está cubierto y cuánto me costará?

A través de Internet, con la herramienta [Precios de medicamentos](#), puede obtener información sobre la cobertura y los precios de los medicamentos de una serie de farmacias minoristas de su código postal.

Nota: Para medicamentos de quimioterapia oral: a pesar de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares (\$ 250) por una receta individual de hasta un suministro de 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado administrado por vía oral cubierto por la póliza.

¿Cómo promueve Anthem la seguridad?

Cuando vaya a una farmacia, el farmacéutico recibirá un mensaje electrónico de Anthem si un medicamento necesita autorización previa, requiere terapia escalonada o tiene un límite en la cantidad que se puede administrar. Aquí hay un vistazo más de cerca a todos los programas que hemos implementado para ayudar a asegurarnos de que reciba la atención que necesita, mientras lo ayudamos a mantenerse seguro. ¹

Nuestros programas de edición clínica son:

- Autorización previa, que requiere que obtenga la aprobación antes de tomar un medicamento. Esto ayuda a asegurarse de que un medicamento se use correctamente y se centre en los medicamentos que pueden tener:
 - Riesgo de efectos secundarios.
 - Riesgo de efectos nocivos cuando se toma con otros medicamentos.
 - Posibilidad de uso incorrecto o abuso.
 - Reglas de uso con ciertas condiciones.
- Terapia escalonada, que requiere que primero se prueben otros medicamentos. Se centra en si un medicamento es adecuado para su condición.
- Optimización de la dosis, que implica cambiar de tomar una dosis dos veces al día a una vez al día, cuando sea médicamente apropiado. Tomar menos dosis puede reducir sus costos; Una sola dosis más alta de un medicamento tomada una vez al día puede costar menos que una dosis más baja tomada dos veces al día.
- Los límites de cantidad imponen un límite en la cantidad en una receta y con qué frecuencia se puede volver a surtir.
 - Si una solicitud de resurtido se envía demasiado pronto o el médico prescribe una cantidad que es más alta de lo permitido, el medicamento no estará cubierto en ese momento.
 - Si hay razones médicas para recetar el medicamento como se dosificó originalmente, el médico puede solicitar una revisión por parte de nuestro Centro de Autorización Previa.

Además, si está tomando un medicamento que se considera un medicamento especializado, es posible que deba usar una farmacia especializada para que su medicamento esté cubierto.

¿Cómo inicia mi médico el proceso de autorización previa?

Si su medicamento está en nuestro formulario pero requiere un PA o terapia escalonada, hay algunas opciones para que su médico inicie el proceso de autorización previa (PA):

1. Envíe una solicitud de PA electrónica yendo a <https://www.covermy meds.com/main/partners/anthem>.
2. Inicie sesión en anthem.com/ca y elija Farmacia.
 - Vaya a Recursos de farmacia y busque su medicamento en su lista de medicamentos.
 - Elija la concentración y la forma correctas del medicamento.
 - Desplácese hacia abajo hasta Definición de restricciones y busque el formulario de fax correspondiente en la tabla.
 - Su médico completa el formulario y lo envía por fax a Anthem al 844-474-3347.
3. Llame al número de Servicios para Miembros de Pharmacy que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si el anticonceptivo que está tomando no está en el formulario, su médico puede comunicarse con nosotros si es médicamente necesario porque los anticonceptivos preferidos son inapropiados para usted, y renunciaremos a su costo compartido.



¿Qué es la terapia escalonada? ¿Cómo funciona?

La terapia escalonada requiere probar otros medicamentos antes de que ciertos medicamentos puedan estar cubiertos. La farmacia le informará si se requiere terapia escalonada y primero debe probar el medicamento o tratamiento incluido en el programa. Si el medicamento o tratamiento no trata bien la afección, el médico puede comunicarse con nuestro Centro de autorización previa para solicitar que aprobemos el medicamento original. ¹

Algunas notas más sobre el proceso de excepción:

- Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción de terapia escalonada completada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de una solicitud no urgente y las 24 horas posteriores a la recepción de una solicitud basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considera aprobada y no podemos denegar ninguna solicitud posterior de este medicamento.
- No se preocupe, si ha cambiado de póliza, no le pediremos que repita una solicitud de terapia escalonada aprobada que ya se esté utilizando para tratar una afección médica, siempre que el medicamento aún se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz.

Una nota sobre los analgésicos opioides. El costo compartido de los miembros para ciertos analgésicos opioides disuasorios del abuso puede ser menor en algunos estados debido a las leyes de esos estados. Los analgésicos opioides son un tipo de analgésico. En respuesta a la epidemia mundial de opioides, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha alentado a los fabricantes de medicamentos a desarrollar opioides con propiedades que ayuden a disuadir su uso indebido y abuso.

Los medicamentos pueden ser excluidos de la lista según el diseño de beneficios de su plan.

¹ Si el Centro de Autorización Previa concluye que el reclamo de receta debe ser denegado, los miembros y sus médicos recibirán cartas que explican las apelaciones y / o el proceso de quejas.



KEY

Aquí hay algunos términos y notas que encontrará en la lista de medicamentos.

Los medicamentos con nombre de marca están en MAYÚSCULAS, tipo simple.

Los medicamentos genéricos están en minúsculas, en cursiva en negrita.

\$0 = medicamentos preventivos. Para algunos miembros, este producto puede estar cubierto al 100% con un costo compartido de \$0 con una receta de su proveedor si se cumplen los criterios especificados.

BE = exclusión de prestaciones. Este medicamento puede no estar cubierto en función del diseño de su plan. Para saber si su medicamento está cubierto, inicie sesión en el portal del afiliado o utilice la aplicación Sydney para [Precios de medicamentos](#) y consulte los documentos de su plan.

DO = optimización de la dosis. Por lo general, esto significa que es posible que tenga que cambiar de tomar un medicamento dos veces al día a tomarlo una vez al día con una concentración más alta.

LD = distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles solo a través de ciertas farmacias o mayoristas, dependiendo de lo que decida el fabricante.

OC = quimioterapia oral. Estos medicamentos después del deducible no excederán los \$250 por receta individual para un suministro de hasta 30 días.

PA = autorización previa. Es posible que deba obtener la aprobación de beneficios antes de que se puedan surtir ciertas recetas.

QL = límites de cantidad. Hay límites en la cantidad de medicamento cubierto dentro de un cierto período de tiempo.

SP = medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se usan para tratar afecciones difíciles a largo plazo. Es posible que necesite obtener este medicamento a través de una farmacia especializada.

ST = terapia escalonada. Es posible que deba usar otro medicamento recomendado primero antes de que un medicamento recetado esté cubierto.

Los medicamentos de nivel 1 = tienen el costo compartido más bajo para usted. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas afecciones.

Nivel 1a = los medicamentos tienen el costo compartido más bajo. Estos son a menudo medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas condiciones.

Nivel 1b = los medicamentos tienen una participación de bajo costo. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas afecciones.

Nivel 2 = los medicamentos tienen un costo compartido más alto que el Nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferidos, según lo bien que funcionen y su costo en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son Medicamentos genéricos que pueden costar más porque son más nuevos en el mercado.

Nivel 3 = los medicamentos tienen el costo compartido más alto. A menudo incluyen medicamentos de marca y genéricos no preferidos. Pueden costar más que los medicamentos en niveles más bajos que condicionan.

Nivel 4 = Los medicamentos del nivel 4 tienen un costo compartido más alto y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados. Estos pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección.

Cuatro Niveles

CURRENT AS OF 12/1/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ADHD AGENT - SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	PA
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA
*ADHD AGENT - SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>atomoxetine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
*AMPHETAMINE MIXTURES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>amphet-dextroamphet 3-bead er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
*AMPHETAMINES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>procentra oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>zenzedi oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>zenzedi oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>zenzedi oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>zenzedi oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*ANALEPTICS**** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>caffeine citrate intravenous solution</i>	3	
<i>caffeine citrate oral solution</i>	1 or 1b*	
DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>doxapram hcl</i>)	3	
*ANOREXIANTS NON-AMPHETAMINE*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ADIPEX-P ORAL TABLET (<i>phentermine hcl</i>)	3	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
<i>benzphetamine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diethylpropion hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
LOMAIRA ORAL TABLET (<i>phentermine hcl</i>)	3	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (6 tablets per 1 day)
<i>phentermine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
<i>phentermine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTI-OBESITY - GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS**** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tirzepatide-weight management</i>)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
*ANTI-OBESITY - GLP-1 RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>liraglutide - weight management</i>)	3	PA; BE; QL (3 mg per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>semaglutide-weight management</i>)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
*DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS)*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	3	PA; DO
*HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	4	PA; LD; DO; SP
*LIPASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>orlistat oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 capsules per 1 day)
*MELANOCORTIN 4 (MC4) RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>setmelanotide acetate</i>)	4	PA; LD; BE; QL (9 vials per 30 days)
*STIMULANTS - MISC.*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 patch per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC - BIOLOGICAL AGENTS		
*ALLERGENIC EXTRACTS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
GRASSTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>timothy grass pollen allergen</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>short ragweed pollen ext</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*MIXED ALLERGENIC EXTRACTS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>dust mite mixed allergen ext</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>grass mix pollens allergen ext</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
AMEBICIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMEBICIDES*** - DRUGS FOR PARASITES		
SOLOSEC ORAL PACKET (<i>secnidazole</i>)	3	PA; QL (2 grams per 1 fill)
AMINOGLYCOSIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOGLYCOSIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>amikacin sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION (<i>amikacin sulfate liposome</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>tobramycin</i>)	4	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
<i>gentamicin in saline intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>gentamicin sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
HUMATIN ORAL CAPSULE (<i>paromomycin sulfate</i>)	3	PA
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE (<i>tobramycin</i>)	4	LD; QL (224 capsules per 28 days); SP
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	4	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	4	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml</i>	1 or 1b*	QL (900 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (180 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 2 gm/50ml</i>	1 or 1b*	QL (1500 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (30 vials per 30 days)
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plazomicin sulfate</i>)	3	
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (<i>upadacitinib</i>)	4	PA; LD; QL (12 mL per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG (<i>upadacitinib</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (<i>upadacitinib</i>)	4	PA; LD; QL (84 tablets per 12 weeks); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (<i>tofacitinib citrate</i>)	4	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET (<i>tofacitinib citrate</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tofacitinib citrate</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i>)	4	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i>)	4	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
*ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit</i>	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	4	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	4	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapies); SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golimumab</i>)	4	PA; LD; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>golimumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>golimumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
*CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
*GOLD COMPOUNDS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
RIDAURA ORAL CAPSULE (<i>auranofin</i>)	2	QL (3 capsules per 1 day)
*INTERLEUKIN-1 BLOCKERS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rilonacept</i>)	4	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
*INTERLEUKIN-1BETA BLOCKERS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>canakinumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
COMBOGESIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen-acetaminophen</i>)	3	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS)*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ANAPROX DS ORAL TABLET (<i>naproxen sodium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen</i>)	3	
DAYPRO ORAL TABLET (<i>oxaprozin</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>etodolac oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>flurbiprofen oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ibu oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen lysine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>ibuprofen oral suspension</i>	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>indomethacin er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>indomethacin sodium intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 30 days)
KETOROLAC TROMETHAMINE INJECTION SOLUTION 30 MG/ML	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (20 tablets per 30 days)
LODINE ORAL TABLET (<i>etodolac</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>meclofenamate sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mefenamic acid oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (29 capsule per 1 fill)
<i>meloxicam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen dr oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen lysine</i>)	3	
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>sulindac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tolmetin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
OTEZLA ORAL TABLET (<i>apremilast</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (<i>apremilast</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG (<i>apremilast</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
*PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ARAVA ORAL TABLET (<i>leflunomide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>leflunomide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>etanercept</i>)	4	PA; LD; QL (4 cartridge per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>etanercept</i>)	4	PA; LD; QL (8 injections per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	4	PA; LD; QL (8 syringes per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>etanercept</i>)	4	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANALGESICS OTHER*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*ANALGESICS-SEDATIVES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>bac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tencon oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*SALICYLATES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>aspirin 81 oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin 81 oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin childrens oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>diflunisal oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ecotrin low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eq aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>h-e-b aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kls aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>mm aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin adult low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin adult low strength oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ra aspirin childrens oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb low dose asa ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
ANALGESICS - OPIOID - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*CODEINE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	1 or 1a*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg</i>	1 or 1a*	AL; QL (6 tablet per 1 day)
<i>ascomp-codeine oral capsule</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
*DIHYDROCODEINE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>apap-caff-dihydrocodeine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>trezix oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
*HYDROCODONE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
*OPIOID AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG, 60 MG	3	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
DEMEROL INJECTION SOLUTION (<i>meperidine hcl</i>)	3	
DILAUDID INJECTION SOLUTION (<i>hydromorphone hcl</i>)	3	
DILAUDID ORAL LIQUID (<i>hydromorphone hcl</i>)	3	QL (24 mL per 1 day)
DILAUDID ORAL TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>sufentanil citrate</i>)	3	
<i>duramorph injection solution</i>	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML	1 or 1b*	
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 1000 mcg/20ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml</i>	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 50 MCG/ML	3	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 lozenge per 1 day)
<i>fentanyl citrate buccal tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<i>fentanyl citrate pf injection solution prefilled syringe 25 mcg/0.5ml</i>	3	
FENTANYL CITRATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/ML	3	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (15 patches per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl injection solution 0.25 mg/0.5ml</i>	3	
<i>hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>hydromorphone hcl oral liquid</i>	1 or 1b*	QL (24 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml</i>	1 or 1b*	
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION (<i>morphine sulfate microinfusion</i>)	3	
INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION (<i>morphine sulfate microinfusion</i>)	3	
<i>levorphanol tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>meperidine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>meperidine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
<i>meperidine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
METHADONE HCL INJECTION SOLUTION	3	PA; QL (1 mL per 1 day)
<i>methadone hcl intensol oral concentrate</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML (<i>methadone hcl</i>)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methadose oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE (<i>methadone hcl</i>)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>mitigo injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1 or 1b*	
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	3	
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablet per 1 day)
MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml</i>	3	
<i>morphine sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	3	QL (181 tablets per 30 days)
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	3	QL (8 tablet per 1 day)
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>oliceridine fumarate</i>)	3	
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
<i>oxycodone hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
QDOLO ORAL SOLUTION (<i>tramadol hcl</i>)	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>remifentanil hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ROXICODONE ORAL TABLET (<i>oxycodone hcl</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT (<i>oxycodone hcl</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (16 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>remifentanil hcl</i>)	3	
*OPIOID COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
APADAZ ORAL TABLET (<i>benzhydrocodone-acetaminophen</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML	1 or 1b*	QL (30 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
*OPIOID PARTIAL AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
BELBUCA BUCCAL FILM (<i>buprenorphine hcl</i>)	3	PA; QL (2 film per 1 day)
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	4	LD; QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	4	LD; QL (1 syringe per 28 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 package per 28 days)
<i>butorphanol tartrate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>nalbuphine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	QL (2 mL per 1 day)
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	4	LD; QL (1 syringe per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.7-0.18 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (23 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 1.4-0.36 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 11.4-2.9 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.9-0.71 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (5 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 5.7-1.4 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 8.6-2.1 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
*TRAMADOL COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablet per 1 day)
ANDROGENS-ANABOLIC - HORMONES		
*ANDROGENS*** - DRUGS FOR MEN		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>danazol oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>testosterone cypionate</i>)	1 or 1b*	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
NATESTO NASAL GEL (<i>testosterone</i>)	3	PA; QL (3 pump bottles per 30 days)
TESTOPEL IMPLANT PELLETT (<i>testosterone</i>)	3	PA; LD
<i>testosterone cypionate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 pump per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 pump bottle per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>testosterone enanthate</i>)	3	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS - RECTAL PREPARATIONS		
*INTRARECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4.78 gm per 1 day)
<i>budesonide rectal foam 2 mg/act</i>	1 or 1b*	QL (4.78 grams per 1 day)
CORTENEMA RECTAL ENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	3	
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM (<i>hydrocortisone acetate</i>)	3	QL (2.15 gram per 1 day)
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	1 or 1b*	
*NITRATE VASODILATING AGENTS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>nitroglycerin rectal ointment</i>	1 or 1b*	QL (1 unit per 1 day)
RECTIV RECTAL OINTMENT (<i>nitroglycerin</i>)	3	QL (1 unit per 1 day)
*RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	3	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	3	
*RECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	3	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream</i>	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	1 or 1b*	
<i>procto-med hc external cream</i>	1 or 1b*	
<i>proctosol hc external cream</i>	1 or 1b*	
<i>proctozone-hc external cream</i>	1 or 1b*	
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTHELMINTICS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>albendazole oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET	3	
BILTRICIDE ORAL TABLET (<i>praziquantel</i>)	3	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE (<i>mebendazole</i>)	3	
<i>ivermectin oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 fill)
<i>praziquantel oral tablet</i>	1 or 1b*	
STROMECTOL ORAL TABLET (<i>ivermectin</i>)	3	QL (9 tablets per 1 fill)
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANTIANGINALS-OTHER*** - DRUGS FOR ANGINA		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET (<i>ranolazine</i>)	3	PA; QL (2 sachets per 1 day)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*NITRATES*** - DRUGS FOR ANGINA		
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET (<i>isosorbide dinitrate</i>)	3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	1 or 1b*	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT (<i>nitroglycerin</i>)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	2	
<i>nitroglycerin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
NITROGLYCERIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</i>	1 or 1b*	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	1 or 1b*	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION (<i>nitroglycerin</i>)	3	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	3	
ANTIANGIETY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTIANGIETY AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR ANXIETY		
<i>bupirone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>droperidol injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>meprobamate oral tablet</i>	3	
*BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>alprazolam</i>)	3	QL (4 mL per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>diazepam injection solution 10 mg/2ml</i>	1 or 1a*	
<i>diazepam intensol oral concentrate</i>	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>diazepam oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lorazepam injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lorazepam intensol oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lorazepam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>oxazepam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANTIARRHYTHMICS - MISC.*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>adenosine intravenous solution 12 mg/4ml, 6 mg/2ml</i>	1 or 1b*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A**** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	1 or 1b*	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>disopyramide phosphate</i>)	2	
NORPACE ORAL CAPSULE (<i>disopyramide phosphate</i>)	3	
<i>procainamide hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1 or 1a*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B**** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe 50 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>mexiletine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C**** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>propafenone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIARRHYTHMICS TYPE III*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>amiodarone hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibutilide fumarate</i>)	3	
<i>dofetilide oral capsule</i>	1 or 1b*	LD
<i>ibutilide fumarate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET (<i>dronedarone hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amiodarone hcl in dextrose</i>)	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ADRENERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>umeclidinium-vilanterol</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> (Breyza Inhalation Aerosol)	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (<i>budeson-glycopyrrol-formoterol</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>ipratropium-albuterol</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution</i>	1 or 1b*	QL (540 mL per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>tiotropium bromide-olodaterol</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT (<i>fluticasone-umeclidin-vilant</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200-62.5-25 MCG/ACT (<i>fluticasone-umeclidin-vilant</i>)	2	QL (2 EA per 1 day)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTI-IGE MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>omalizumab</i>)	4	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (<i>omalizumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>omalizumab</i>)	4	PA; LD; QL (4 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (<i>omalizumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>omalizumab</i>)	4	PA; LD; QL (4 vials/syringes/autoinjectors per 28 days); SP
*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	
*BETA ADRENERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution</i>	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	1 or 1b*	QL (360 mL per 30 days)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (5 MG/ML) 0.5%	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	QL (60 vial per 30 days)
BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>arformoterol tartrate</i>)	3	QL (60 vial per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
<i>isoproterenol hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	1 or 1b*	QL (90 vials per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
PERFORMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>formoterol fumarate</i>)	3	QL (120 ML per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>albuterol sulfate</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>salmeterol xinafoate</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>olodaterol hcl</i>)	3	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>terbutaline sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>terbutaline sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
*BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>ipratropium bromide hfa</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	1 or 1b*	QL (300 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
YUPELRI INHALATION SOLUTION (<i>revefenacin</i>)	3	ST; QL (1 vial per 1 day)
*INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>benralizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weekss); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML (<i>benralizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML (<i>benralizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringes per 8 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>mepolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (<i>mepolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mepolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP
*INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>reslizumab</i>)	4	PA; LD; SP
*LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ACCOLATE ORAL TABLET (<i>zafirlukast</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>montelukast sodium oral packet</i>	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>zafirlukast oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*PHOSPHODIESTERASE 3 & 4 (PDE3 & PDE4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION (<i>ensifentrine</i>)	4	PA; LD; QL (1 carton per 30 days); SP
*SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
DALIRESP ORAL TABLET (<i>roflumilast</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>roflumilast oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*STEROID INHALANTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone furoate</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 50 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (4 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 44 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
*THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tezepelumab-ekko</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tezepelumab-ekko</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
*XANTHINES*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>aminophylline intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR (<i>theophylline</i>)	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>theophylline</i>)	2	QL (4 tablets per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (<i>theophylline</i>)	2	QL (3 capsules per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG (<i>theophylline</i>)	2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline oral elixir</i>	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
<i>theophylline oral solution</i>	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
ANTICOAGULANTS - DRUGS FOR THE BLOOD		
*COUMARIN ANTICOAGULANTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>jantoven oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>warfarin sodium oral tablet</i>	1 or 1a*	
*DIRECT FACTOR XA INHIBITORS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>apixaban</i>)	2	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (<i>apixaban</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (<i>apixaban</i>)	2	QL (74 tablets per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rivaroxaban</i>)	2	QL (20 mL per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (<i>rivaroxaban</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>rivaroxaban</i>)	2	QL (1 pack per 365 days)
*HEPARINS AND HEPARINOID-LIKE AGENTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>bd heparin posiflush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 2000-0.9 unit/l-%</i>	1 or 1b*	
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 12500-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/500ML-%	3	
<i>heparin na (pork) lock flsh pf intravenous solution</i>	1 or 1b*	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/ML, 25000-5 UT/500ML-%	3	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>heparin sod (pork) lock flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution</i>	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml, 5000 unit/0.5ml</i>	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJECTION SOLUTION 5000 UNIT/ML	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>enoxaparin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML (<i>dalteparin sodium</i>)	3	QL (8 mL per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML (<i>dalteparin sodium</i>)	3	QL (6 vials per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>dalteparin sodium</i>)	3	QL (30 syringes per 30 days)
*SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>fondaparinux sodium</i>)	3	QL (30 syringes per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution</i>	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
*THROMBIN INHIBITORS - HIRUDIN TYPE*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bivalirudin trifluoroacetate</i>)	3	
<i>bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*THROMBIN INHIBITORS - SELECTIVE DIRECT & REVERSIBLE*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ANTICONSULSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*AMPA GLUTAMATE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION (<i>perampanel</i>)	3	QL (24 mL per 1 day)
FYCOMPA ORAL TABLET (<i>perampanel</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTICONSULSANTS - BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>clobazam oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (16 mL per 1 day)
<i>clobazam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diazepam rectal gel</i>	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 fill)
NAYZILAM NASAL SOLUTION (<i>midazolam (anticonvulsant)</i>)	3	PA; QL (10 mL per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG (<i>clobazam</i>)	3	QL (2 film strips per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG (<i>clobazam</i>)	3	QL (1 film strip per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
*ANTICONVULSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	3	DO
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL SUSPENSION (<i>rufinamide</i>)	3	QL (80 mL per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (<i>rufinamide</i>)	3	DO
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (<i>rufinamide</i>)	3	QL (8 tablets per 1 day)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>brivaracetam</i>)	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION (<i>brivaracetam</i>)	3	QL (20 mL per 1 day)
BRIVIACT ORAL TABLET (<i>brivaracetam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (50 mL per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG (<i>stiripentol</i>)	4	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (<i>stiripentol</i>)	4	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (<i>stiripentol</i>)	4	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (<i>stiripentol</i>)	4	PA; LD; QL (6 packets per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION (<i>cannabidiol</i>)	4	PA; LD; SP
<i>epitol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION (<i>fenfluramine hcl</i>)	4	PA; LD; QL (26 mg per 1 day)
<i>gabapentin oral capsule</i>	1 or 1b*	DO
<i>gabapentin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (72 mL per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lacosamide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>lacosamide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>lacosamide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet chewable 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
LEVETIRACETAM IN NA CL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>levetiracetam intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levetiracetam oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 50 MG (<i>topiramate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 150 MG, 200 MG (<i>topiramate</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 25 MG (<i>topiramate</i>)	3	ST; DO
<i>roweepira oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>subvenite oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>subvenite starter kit-blue oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>subvenite starter kit-green oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>subvenite starter kit-orange oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>zonisamide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
ZTALMY ORAL SUSPENSION (<i>ganaxolone</i>)	4	LD; QL (10 bottles per 30 days)
*CARBAMATES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>felbamate oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>felbamate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 blister pack per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 pack per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (<i>cenobamate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 pack per 28 days)
*GABA MODULATORS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>tiagabine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>vigabatrin oral packet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
<i>vigabatrin oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
<i>vigadrone oral packet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
<i>vigabatrin</i> (Vigadrone Oral Tablet)	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
VIGAFYDE ORAL SOLUTION (<i>vigabatrin</i>)	4	LD; QL (25 mL per 1 day)
<i>vigabatrin</i> (Vigpoder Oral Packet)	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
*HYDANTOINS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
CEREBYX INJECTION SOLUTION (<i>fosphenytoin sodium</i>)	3	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>phenytoin</i>)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION (<i>phenytoin</i>)	3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION (<i>phenytoin</i>)	3	
<i>fosphenytoin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
PHENYTEK ORAL CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	1 or 1b*	
<i>phenytoin infatabs oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
*SUCCINIMIDES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
CELONTIN ORAL CAPSULE (<i>methsuximide</i>)	3	QL (4 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>methsuximide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
*VALPROIC ACID*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
<i>valproate sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>valproic acid oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>valproic acid oral solution</i>	1 or 1b*	
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>mirtazapine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
REMERON ORAL TABLET (<i>mirtazapine</i>)	3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>mirtazapine</i>)	3	
*ANTIDEPRESSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4.5 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
*GABA RECEPTOR MODULATOR - NEUROACTIVE STEROID*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>brexanolone</i>)	4	PA; LD; SP
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (<i>zuranolone</i>)	4	PA; LD; QL (28 capsules per 1 fill)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG (<i>zuranolone</i>)	4	PA; LD; QL (14 capsules per 1 fill)
*MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 9 MG/24HR (<i>selegiline</i>)	3	QL (1 patch per 1 day)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR (<i>selegiline</i>)	3	DO
MARPLAN ORAL TABLET (<i>isocarboxazid</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NARDIL ORAL TABLET (<i>phenelzine sulfate</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
PARNATE ORAL TABLET (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>phenelzine sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*N-METHYL-D-ASPARTIC ACID (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (<i>esketamine hcl</i>)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (<i>esketamine hcl</i>)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
*SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>citalopram hydrobromide oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	
FLUOXETINE HCL ORAL TABLET 60 MG	3	
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
PAXIL ORAL SUSPENSION (<i>paroxetine hcl</i>)	3	ST
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	
<i>sertraline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*SEROTONIN MODULATORS**** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nefazodone hcl oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>vortioxetine hbr</i>)	2	DO
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG (<i>vortioxetine hbr</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>vilazodone hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG	3	ST; DO
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>levomilnacipran hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (<i>levomilnacipran hcl</i>)	3	ST; QL (28 pack per 365 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
*TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>amitriptyline hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1a*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 150 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>clomipramine hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>doxepin hcl oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>imipramine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
NORPRAMIN ORAL TABLET (<i>desipramine hcl</i>)	3	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (75 mL per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (<i>nortriptyline hcl</i>)	3	DO
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG (<i>nortriptyline hcl</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 75 MG (<i>nortriptyline hcl</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
ANTIDIABETICS - HORMONES		
*ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>acarbose oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>miglitol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
*ANTIDIABETIC - AMYLIN ANALOGS*** - DRUGS FOR DIABETES		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>pramlintide acetate</i>)	2	QL (4 pens per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>pramlintide acetate</i>)	2	QL (2 boxes per 30 days)
*ANTIDIABETIC-ANTI-CD3 ANTIBODIES*** - HORMONES		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION (<i>teplizumab-mzww</i>)	4	PA; LD
*BIGUANIDES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral solution</i>	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (3 tablets per 1 day)
RIOMET ORAL SOLUTION (<i>metformin hcl</i>)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
*DIABETIC OTHER*** - DRUGS FOR DIABETES		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 packs per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (<i>glucagon</i>)	3	QL (1 pack per 30 days)
<i>diazoxide oral suspension</i>	1 or 1b*	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT	1 or 1b*	QL (2 kits per 30 days)
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (2 kits per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 packs per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>glucagon</i>)	3	QL (1 pack per 30 days)
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 packs per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION (<i>diazoxide</i>)	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>dasiglucagon hcl</i>)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>dasiglucagon hcl</i>)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin benzoate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET (<i>sitagliptin phosphate</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET ORAL TABLET (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - ERGOT DERIVATIVES*** - DRUGS FOR DIABETES		
CYCLOSET ORAL TABLET (<i>bromocriptine mesylate</i>)	3	
*DPP-4 INHIBITOR-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*HUMAN INSULIN*** - DRUGS FOR DIABETES		
HUMALOG INJECTION SOLUTION (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	2	PA; QL (20 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	2	PA; QL (18 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO INJECTION SOLUTION	2	QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV INJECTION SOLUTION (<i>insulin lispro-aabc</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro-aabc</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>insulin regular(human) in nacl</i>)	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (12 mL per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (13.5 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	2	QL (18 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin degludec</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)*** - DRUGS FOR DIABETES		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tirzepatide</i>)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>liraglutide subcutaneous solution pen-injector</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 box per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 unit per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (0.11 mL per 1 day)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 carton per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML (<i>dulaglutide</i>)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML (<i>dulaglutide</i>)	2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>liraglutide</i>)	2	PA; QL (1 box per 30 days)
*INSULIN-INCRETIN MIMETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine-lixisenatide</i>)	2	ST; QL (5 pen per 25 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin degludec-liraglutide</i>)	2	ST; QL (5 pen per 30 days)
*MEGLITINIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>nateglinide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
*PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
*SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - BIGUANIDE COMB*** - DRUGS FOR DIABETES		
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (<i>empagliflozin-linagliptin-metformin</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG (<i>empagliflozin-linagliptin-metformin</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
GLYXAMBI ORAL TABLET (<i>empagliflozin-linagliptin</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet</i>	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
FARXIGA ORAL TABLET (<i>dapagliflozin propanediol</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JARDIANCE ORAL TABLET (<i>empagliflozin</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITOR-BIGUANIDE COMB*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg</i>	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg</i>	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY ORAL TABLET (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG (<i>dapagliflozin prop-metformin</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (<i>dapagliflozin prop-metformin</i>)	2	ST; QL (2 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (<i>dapagliflozin prop-metformin</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*SULFONYLUREA-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
*SULFONYLUREAS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 3 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
*SULFONYLUREA-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
DUETACT ORAL TABLET (<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*THIAZOLIDINEDIONE-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
*THIAZOLIDINEDIONES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*ANTIDIARRHEAL - CHLORIDE CHANNEL ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>crofelemer</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
FLORAXIS ORAL TABLET (<i>probiotic product</i>)	3	
<i>surebiotic probiotic support oral capsule</i>	3	
*ANTIPERISTALTIC AGENTS*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	1 or 1b*	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	1 or 1b*	
LOMOTIL ORAL TABLET (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	3	
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
MOTOFEN ORAL TABLET (<i>difenoxin-atropine</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
*ANTIDOTE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT (<i>sodium nitrite-sod thiosulfate</i>)	3	
PREVDUO INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>neostigmine-glycopyrrolate</i>)	3	
*ANTIDOTES - CHELATING AGENTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
CHEMET ORAL CAPSULE (<i>succimer</i>)	3	
<i>deferasirox granules oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral tablet</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral tablet soluble</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferiprone oral tablet</i>	4	PA; LD
FERRIPROX ORAL SOLUTION (<i>deferiprone</i>)	4	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (<i>deferiprone</i>)	4	PA; LD
*ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>acetylcysteine</i>)	3	
<i>acetylcysteine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coag fact xa inactivated-zhzo</i>)	3	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sugammadex sodium</i>)	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hydroxocobalamin</i>)	3	
<i>deferoxamine mesylate injection solution reconstituted</i>	4	LD; SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>deferoxamine mesylate</i>)	4	LD; SP
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>digoxin immune fab</i>)	3	
<i>edetate calcium disodium injection solution</i>	3	
<i>fomepizole intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue (antidote) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue intravenous solution</i>	1 or 1b*	
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idarucizumab</i>)	3	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pralidoxime chloride</i>)	3	
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>methylene blue (antidote)</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE (<i>prussian blue insoluble</i>)	3	
SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
VISTOGARD ORAL PACKET (<i>uridine triacetate</i>)	3	PA; LD; QL (20 packets per 30 days)
*BENZODIAZEPINE ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
<i>flumazenil intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
KLOXXADO NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
<i>nalmefene hcl injection solution</i>	3	QL (20 mL per 150 days)
<i>naloxone hcl injection solution</i>	1 or 1b*	QL (6 vial per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>	1 or 1b*	ST; QL (6 syringes per 3 months)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
<i>naloxone hcl nasal liquid</i>	1 or 1b*	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
OPVEE NASAL SOLUTION (<i>nalmefene hcl</i>)	2	QL (3 cartons per 90 days)
REXTOVY NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>naltrexone</i>)	4	LD; QL (1 vial per 28 days)
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>naloxone hcl</i>)	2	QL (6 syringes per 3 monthss)
ANTIEMETICS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
ANZEMET ORAL TABLET (<i>dolasetron mesylate</i>)	3	LD; QL (5 tablets per 30 days)
<i>granisetron hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD
<i>granisetron hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (10 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	LD
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1 or 1b*	LD; QL (8 mL per 1 day)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (8 tablet per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (24 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 16 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (24 tablets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PALONOSETRON HCL INTRAVENOUS SOLUTION 0.25 MG/2ML	3	PA; LD
<i>palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA; LD
<i>palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA; LD
POSFREA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>palonosetron hcl</i>)	3	PA; LD
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH (<i>granisetron</i>)	3	LD; QL (4 patches per 28 days)
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>granisetron</i>)	3	LD
*ANTIEMETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO ORAL CAPSULE (<i>netupitant-palonosetron</i>)	3	LD; QL (5 capsules per 25 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>doxylamine-pyridoxine</i>)	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<i>doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
*ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
ANTIVERT ORAL TABLET (<i>meclizine hcl</i>)	3	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE (<i>meclizine hcl</i>)	3	
DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION	3	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1a*	
<i>meclizine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour</i>	1 or 1b*	
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	3	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
*ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amisulpride (antiemetic)</i>)	3	
*ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
<i>dronabinol oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE (<i>dronabinol</i>)	3	QL (4 capsules per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION (<i>dronabinol</i>)	3	QL (8 mL per 1 day)
*SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION (<i>aprepitant</i>)	3	LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aprepitant oral</i>	1 or 1b*	LD; QL (15 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (5 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (1 capsule per 1 fill)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (15 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (10 capsules per 25 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION (<i>aprepitant</i>)	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>aprepitant</i>)	3	QL (15 kit per 30 days)
<i>focinvez intravenous solution</i>	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
<i>fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (5 vial per 30 days)
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>rolapitant hcl</i>)	3	QL (4 capsules per 28 days)
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (ECHINOCANDINS)*** - DRUGS FOR FUNGUS		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>caspofungin acetate</i>)	3	QL (1 vial per 1 day)
CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (1 vial per 1 day)
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>anidulafungin</i>)	3	
MICAFUNGIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>micafungin sodium-nacl intravenous solution</i>	3	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>micafungin sodium</i>)	3	
REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rezafungin acetate</i>)	3	
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOID)*** - ANTIBIOTICS		
BREXAFEMME ORAL TABLET (<i>ibrexafungerp citrate</i>)	3	PA; QL (4 tablets per 1 month)
*ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR FUNGUS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>amphotericin b lipid</i>)	3	
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amphotericin b liposome</i>)	3	
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
ANCOBON ORAL CAPSULE (<i>flucytosine</i>)	3	PA
<i>flucytosine oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>nystatin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*IMIDAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS		
<i>ketoconazole oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*TETRAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS		
VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>oteseconazole</i>)	3	PA; QL (1 carton per 4 monthss)
*TRIAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS		
CRESEMBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	3	PA; QL (1 vial per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 74.5 MG (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	3	PA; QL (5 capsules per 1 day)
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>fluconazole</i>)	3	QL (10 mL per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG (<i>fluconazole</i>)	3	QL (4 tablet per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 200 MG (<i>fluconazole</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.9 MG/50ML-%	3	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
<i>itraconazole oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
<i>itraconazole oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (20 mL per 1 day)
NOXAFIL ORAL PACKET (<i>posaconazole</i>)	3	PA; QL (31 packet per 30 days)
<i>posaconazole intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>posaconazole oral suspension</i>	1 or 1b*	PA; QL (20 mL per 1 day)
<i>posaconazole oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (93 tablets per 30 days)
SPORANOX ORAL CAPSULE (<i>itraconazole</i>)	3	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
SPORANOX ORAL SOLUTION (<i>itraconazole</i>)	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
TOLSURA ORAL CAPSULE	3	PA; QL (126 capsules per 30 days)
VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>voriconazole</i>)	3	PA; QL (17.5 mL per 1 day)
VFEND ORAL TABLET (<i>voriconazole</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>voriconazole oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (17.5 mL per 1 day)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
ANTIHISTAMINES - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ANTIHISTAMINES - ETHANOLAMINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>carbinoxamine maleate er oral suspension extended release</i>	1 or 1b*	ST; QL (40 mL per 1 day)
<i>carbinoxamine maleate oral solution</i>	1 or 1b*	ST
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	ST
CLEMASTINE FUMARATE ORAL SYRUP	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
<i>clemastine fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir</i>	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>carbinoxamine maleate</i>)	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
*ANTIHISTAMINES - NON-SEDATING*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>cetirizine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
CLARINEX ORAL TABLET (<i>desloratadine</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
QUZYTIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cetirizine hcl</i>)	3	
*ANTIHISTAMINES - PHENOTHIAZINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION (<i>promethazine hcl</i>)	3	
<i>promethazine hcl injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>promethazine hcl oral solution</i>	1 or 1a*	QL (40 mL per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>promethazine hcl rectal suppository</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>promethegan rectal suppository 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
*ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART		
*ACL INHIB-INTestinal CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
NEXLIZET ORAL TABLET (<i>bempedoic acid-ezetimibe</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
NEXLETOL ORAL TABLET (<i>bempedoic acid</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*ANGIOPROTEIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>evinacumab-dgnb</i>)	4	PA; LD
*ANTIHYPERTENSIVES - MISC.*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (<i>icosapent ethyl</i>)	2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (<i>icosapent ethyl</i>)	2	PA; QL (4 capsule per 1 day)
*BILE ACID SEQUESTANTS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine light oral packet</i>	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
<i>cholestyramine light oral powder</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
<i>cholestyramine oral packet</i>	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
<i>cholestyramine oral powder</i>	1 or 1b*	QL (54 gm per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral packet</i>	3	QL (1 packet per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
COLESTID ORAL GRANULES (<i>colestipol hcl</i>)	3	QL (45 grams per 1 day)
COLESTID ORAL TABLET (<i>colestipol hcl</i>)	3	QL (16 tablets per 1 day)
<i>colestipol hcl oral granules</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 1 day)
<i>colestipol hcl oral packet</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
<i>colestipol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>prevalite oral packet</i>	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
<i>prevalite oral powder</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER (<i>cholestyramine light</i>)	3	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN ORAL PACKET (<i>cholestyramine</i>)	3	QL (6 packets per 1 day)
QUESTRAN ORAL POWDER (<i>cholestyramine</i>)	3	QL (54 gm per 1 day)
*FIBRIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
FENOGLIDE ORAL TABLET (<i>fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
FIBRICOR ORAL TABLET (<i>fenofibric acid</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LIPOFEN ORAL CAPSULE (<i>fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
LOPID ORAL TABLET (<i>gemfibrozil</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
TRICOR ORAL TABLET (<i>fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*HMG COA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>pravastatin sodium oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>simvastatin oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*INTEST CHOLEST ABSORP INHIB-HMG COA REDUCTASE INHIB COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*MICROSOMAL TRIGLYCERIDE TRANSFER PROTEIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG (<i>lomitapide mesylate</i>)	3	PA; LD; DO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG (<i>lomitapide mesylate</i>)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*NICOTINIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>niacin (antihyperlipidemic) oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>niacor oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
*PCSK9 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>alirocumab</i>)	3	PA; QL (2 pens per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>evolocumab</i>)	3	PA; QL (1 cartridge per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>evolocumab</i>)	3	PA; QL (2 syringe per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>evolocumab</i>)	3	PA; QL (2 syringe per 28 days)
*SMALL INTERFERING RNA (SIRNA) PCSK9 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
LEQVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>inclisiran sodium</i>)	4	PA; LD; QL (1.5 mL per 180 days)
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART		
*ACE INHIBITOR & CALCIUM CHANNEL BLOCKER COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 5-10 mg, 5-20 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PRESTALIA ORAL TABLET 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	3	DO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*ACE INHIBITORS & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ACCURETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	3	DO
ACCURETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASERETIC ORAL TABLET (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	3	DO
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-25 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
*ACE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>benazepril hcl oral tablet 20 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>benazepril hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>captopril oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mg per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>enalapril maleate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1 or 1b*	
EPANED ORAL SOLUTION (<i>enalapril maleate</i>)	3	QL (40 mg per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fosinopril sodium oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	DO
LOTENSIN ORAL TABLET 20 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 40 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>moexipril hcl oral tablet 7.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>perindopril erbumine oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
QBRELIS ORAL SOLUTION (<i>lisinopril</i>)	3	QL (40 mg per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>quinapril hcl oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
DEMSER ORAL CAPSULE (<i>metyrosine</i>)	3	PA; LD; QL (16 capsules per 1 day); SP
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	3	PA; QL (12 capsules per 1 day)
<i>metyrosine oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (16 capsules per 1 day); SP
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (12 capsules per 1 day)
<i>phentolamine mesylate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & CA CHANNEL BLOCKER COMB*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EDARBYCLOR ORAL TABLET (<i>azilsartan-chlorthalidone</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1 or 1b*	DO
EDARBI ORAL TABLET 40 MG (<i>azilsartan medoxomil</i>)	3	DO
EDARBI ORAL TABLET 80 MG (<i>azilsartan medoxomil</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>irbesartan oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>losartan potassium oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>telmisartan oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (80 mL per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANT-CA CHANNEL BLOCKER-THIAZIDES*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	3	QL (12 patches per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	3	QL (12 patches per 28 days)
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	3	QL (0.29 patches per 1 day)
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>clonidine hcl oral tablet 0.2 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>clonidine hcl oral tablet 0.3 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (12 patches per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (0.29 patches per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>methyldopa oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA ORAL TABLET 8 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prazosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>terazosin hcl oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
*ANTIHYPERTENSIVES - MISC.*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
VECAMYL ORAL TABLET (<i>mecamylamine hcl</i>)	3	
*BETA BLOCKER & DIURETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 100 ORAL TABLET (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 50 ORAL TABLET (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*DIRECT RENIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>aliskiren fumarate oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS)*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INSPIRA ORAL TABLET (<i>eplerenone</i>)	3	
*VASODILATORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>hydralazine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydralazine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>minoxidil oral tablet</i>	1 or 1b*	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nitroprusside sodium-nacl</i>)	3	
<i>nitroprusside sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nitroprusside sodium-nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium nitroprusside intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
AEMCOLO ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>rifamycin sodium</i>)	3	PA; QL (12 tablets per 30 days)
FLAGYL ORAL CAPSULE (<i>metronidazole</i>)	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE (<i>miltefosine</i>)	3	PA; QL (84 capsules per 1 fill)
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>metronidazole oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>metronidazole oral tablet</i>	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentamidine isethionate</i>)	3	LD
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentamidine isethionate</i>)	4	LD
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted</i>	4	LD
<i>tinidazole oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
<i>tinidazole oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 tablets per 1 fill)
TRIMETHOPRIM ORAL TABLET	1 or 1a*	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (<i>rifaximin</i>)	3	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (<i>rifaximin</i>)	3	PA; QL (126 tablet per 252 days)
*ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
BACTRIM DS ORAL TABLET (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	3	
BACTRIM ORAL TABLET (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	1 or 1a*	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>sulfatrim pediatric oral suspension</i>	1 or 1a*	
*ANTIPROTOZOAL AGENTS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>atovaquone oral suspension</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LAMPIT ORAL TABLET (<i>nifurtimox</i>)	3	
MEPRON ORAL SUSPENSION (<i>atovaquone</i>)	3	
<i>nitazoxanide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 fill)
*BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS** - DRUGS FOR INFECTIONS		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sulbactam sod-durlobactam sod</i>)	3	
*CARBAPENEM COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imipenem-cilastatin</i>)	3	
RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imipenem-cilastatin-relebactam</i>)	3	
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>meropenem-vaborbactam</i>)	3	
*CARBAPENEMS*** - ANTIBIOTICS		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	3	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
*CHLORAMPHENICALS*** - ANTIBIOTICS		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*CYCLIC LIPOPEPTIDES*** - ANTIBIOTICS		
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>daptomycin-sodium chloride intravenous solution</i>	3	
*GLYCOPEPTIDES*** - ANTIBIOTICS		
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>dalbavancin hcl</i>)	3	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vancomycin hcl</i>)	3	PA; QL (1200 mL per 30 days)
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	3	
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	3	
VANCOCIN ORAL CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	3	PA; QL (240 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1.5-5 gm/300ml-%</i>	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 500-5 MG/100ML-%	3	QL (200 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 750-5 MG/150ML-%	3	QL (300 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 500-0.9 MG/100ML-%	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1250 MG/250ML	3	QL (500 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1500 MG/300ML	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1750 MG/350ML	3	QL (700 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/400ML	3	QL (800 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/100ML	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/150ML	3	QL (300 mL per 1 day)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.75 gm, 2 gm, 500 mg</i>	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM, 1.5 GM, 750 MG	3	QL (2 vials per 1 day)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 5 gm</i>	3	QL (1 vial per 30 days)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 100 gm</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (240 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG/5ML	1 or 1b*	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>telavancin hcl</i>)	3	
*LEPROSTATICS*** - ANTIBIOTICS		
<i>dapsone oral tablet</i>	1 or 1b*	
*LINCOSAMIDES*** - ANTIBIOTICS		
CLEOCIN ORAL CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	3	
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	3	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	
<i>clindamycin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>clindamycin phosphate injection solution</i>	1 or 1b*	
LINCOCIN INJECTION SOLUTION (<i>lincomycin hcl</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lincomycin hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
*MONOBACTAMS*** - ANTIBIOTICS		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aztreonam</i>)	3	
<i>aztreonam injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aztreonam lysine</i>)	4	LD; QL (3 vials per 1 day); SP
*OXAZOLIDINONES*** - ANTIBIOTICS		
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution</i>	3	
<i>linezolid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (900 mL per 30 days)
<i>linezolid oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (28 tablet per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tedizolid phosphate</i>)	3	
SIVEXTRO ORAL TABLET (<i>tedizolid phosphate</i>)	3	PA; QL (6 tablet per 30 days)
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>linezolid</i>)	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>linezolid</i>)	3	PA; QL (900 mL per 30 days)
ZYVOX ORAL TABLET (<i>linezolid</i>)	3	PA; QL (28 tablet per 30 days)
*POLYMYXINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>colistimethate sodium</i>)	3	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*URINARY ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet</i>	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET (<i>methenamine hippurate</i>)	3	
MACROBID ORAL CAPSULE (<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>)	3	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE (<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>)	3	
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5ml</i>	3	
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIMALARIAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET (<i>artemether-lumefantrine</i>)	3	
MALARONE ORAL TABLET (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIMALARIALS*** - DRUGS FOR PARASITES		
ARAKODA ORAL TABLET (<i>tafenoquine succinate</i>)	3	QL (64 tablets per 1 year)
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i>	1 or 1a*	
DARAPRIM ORAL TABLET (<i>pyrimethamine</i>)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 400 MG	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
KRINTAFEL ORAL TABLET (<i>tafenoquine succinate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 fill)
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET	3	
<i>pyrimethamine oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
QUALAQUIN ORAL CAPSULE (<i>quinine sulfate</i>)	3	PA; QL (60 capsule per 30 days)
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 capsule per 30 days)
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
*ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>neostigmine methylsulfate</i>)	3	
FIRDAPSE ORAL TABLET (<i>amifampridine phosphate</i>)	4	PA; LD; QL (10 tablets per 1 day)
MESTINON ORAL SOLUTION (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
MESTINON ORAL TABLET (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML, 5 MG/10ML	3	
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>pyridostigmine bromide oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS*** - ANTIBIOTICS		
<i>cycloserine oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>ethambutol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>isoniazid injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>isoniazid oral syrup</i>	1 or 1a*	
<i>isoniazid oral tablet</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRETOMANID ORAL TABLET	3	
PRIFTIN ORAL TABLET (<i>rifapentine</i>)	2	
<i>pyrazinamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>rifabutin oral capsule</i>	1 or 1b*	
RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rifampin</i>)	3	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>rifampin oral capsule</i>	1 or 1b*	
SIRTURO ORAL TABLET (<i>bedaquiline fumarate</i>)	3	
TRECTOR ORAL TABLET (<i>ethionamide</i>)	3	
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES - DRUGS FOR CANCER		
*ALKYLATING AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bendamustine hcl</i>)	3	PA; LD; SP
<i>bendamustine hcl intravenous solution</i>	3	PA; LD; SP
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bendamustine hcl</i>)	3	PA; LD; SP
<i>busulfan intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>busulfan</i>)	3	LD; SP
<i>carboplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>cisplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
CISPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP
MYLERAN ORAL TABLET (<i>busulfan</i>)	2; OC	LD; OC
<i>oxaliplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>paraplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thiotepa</i>)	3	LD; SP
<i>thiotepa injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bendamustine hcl</i>)	3	PA; LD; SP
<i>vivimusta intravenous solution</i>	3	PA; LD; SP
ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>lurbinectedin</i>)	3	PA; LD; SP
*ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIADRENALS*** - DRUGS FOR CANCER		
LYSODREN ORAL TABLET (<i>mitotane</i>)	2; OC	LD; QL (38 tablet per 1 day); OC
*ANTIANDROGENS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bicalutamide oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
CASODEX ORAL TABLET (<i>bicalutamide</i>)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG (<i>apalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG (<i>apalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
EULEXIN ORAL CAPSULE (<i>flutamide</i>)	3; OC	OC
<i>nilutamide oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
NUBEQA ORAL TABLET (<i>darolutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL CAPSULE (<i>enzalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (<i>enzalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTIESTROGENS*** - DRUGS FOR CANCER		
FARESTON ORAL TABLET (<i>toremifene citrate</i>)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
SOLTAMOX ORAL SOLUTION (<i>tamoxifen citrate</i>)	2; OC; \$0	LD; OC
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	LD; OC
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ANTIMETABOLITES*** - DRUGS FOR CANCER		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pemetrexed disodium</i>)	3	PA; LD; SP
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nelarabine</i>)	3	LD; SP
<i>azacitidine injection suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>capecitabine oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
<i>cladribine intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>clofarabine intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>cytarabine (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>cytarabine injection solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>decitabine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>floxuridine injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>fludarabine phosphate intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fluorouracil intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pralatrexate</i>)	3	LD; SP
GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
JYLAMVO ORAL SOLUTION (<i>methotrexate</i>)	3; OC	PA; LD; OC
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	LD; OC
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	LD
<i>methotrexate sodium injection solution</i>	1 or 1b*	LD
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	LD; OC
<i>nelarabine intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
ONUREG ORAL TABLET (<i>azacitidine</i>)	3; OC	PA; LD; QL (14 tablets per 28 days); SP; OC
<i>pemetrexed disodium intravenous solution</i>	3	PA; LD; SP
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted</i>	3	PA; LD; SP
<i>pemetrexed intravenous solution 1 gm/40ml, 100 mg/4ml</i>	3	PA; LD; SP
<i>pemetrexed intravenous solution 500 mg/20ml</i>	3	PA; LD
PEMFEXY INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pemetrexed</i>)	3	PA; LD
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pemetrexed disodium</i>)	3	PA; LD; SP
PURIXAN ORAL SUSPENSION (<i>mercaptopurine</i>)	3; OC	PA; LD; OC
TABLOID ORAL TABLET (<i>thioguanine</i>)	2; OC	LD; OC
TREXALL ORAL TABLET (<i>methotrexate sodium</i>)	2; OC	ST; LD; OC
VIDAZA INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>azacitidine</i>)	3	PA; LD; SP
XATMEP ORAL SOLUTION (<i>methotrexate</i>)	3; OC	PA; LD; OC
*ANTINEOPLASTIC - AKT INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TRUQAP ORAL TABLET (<i>capivasertib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (64 capsules per 28 days); OC
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>capivasertib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (64 capsules per 28 days); OC
*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ALECENSA ORAL CAPSULE (<i>allectinib hcl</i>)	2; OC	PA; LD; QL (8 capsule per 1 day); SP; OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); OC
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (<i>lorlatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (<i>lorlatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYKADIA ORAL TABLET (<i>ceritinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - ANTIBODY COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nivolumab-relatlimab-rmbw</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mogamulizumab-kpkc</i>)	3	LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tafasitamab-cxix</i>)	3	PA; LD
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>loncastuximab tesirine-lpyl</i>)	3	PA; LD
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>ofatumumab</i>)	3	PA; LD; SP
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>obinutuzumab</i>)	3	PA; LD; SP
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-arrx</i>)	3	PA; LD; SP
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab</i>)	3	PA; LD; SP
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-pvvr</i>)	3	PA; LD; SP
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-abbs</i>)	3	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
BESPONSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>inotuzumab ozogamicin</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD30 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>brentuximab vedotin</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD33 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>gemtuzumab ozogamicin</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD38 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>daratumumab</i>)	3	PA; LD; SP
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>isatuximab-irfc</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>polatuzumab vedotin-piiq</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CLDN18.2 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>zolbetuximab-clzb</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tremelimumab-actl</i>)	3	PA; LD; SP
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ipilimumab</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>naxitamab-gqgk</i>)	3	PA; LD
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dinutuximab</i>)	3	LD
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab</i>)	3	LD; SP
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-pkrb</i>)	3	ST; LD; SP
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-anns</i>)	3	LD; SP
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>margetuximab-cmkb</i>)	3	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-dkst</i>)	3	ST; LD; SP
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-dttb</i>)	3	ST; LD; SP
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pertuzumab</i>)	3	PA; LD; SP
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-qyyp</i>)	3	ST; LD; SP
TUKYSA ORAL TABLET (<i>tucatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>enfortumab vedotin-ejfv</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dostarlimab-gxly</i>)	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pembrolizumab</i>)	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cemiplimab-rwlc</i>)	3	PA; LD
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>toripalimab-tpzi</i>)	3	PA; LD; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nivolumab</i>)	3	PA; LD; SP
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tislelizumab-jsgr</i>)	3	PA; LD; SP
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>retifanlimab-dlwr</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>avelumab</i>)	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>durvalumab</i>)	3	PA; LD; SP
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>atezolizumab</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>elotuzumab</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tisotumab vedotin-tftv</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - BCL-2 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); OC
*ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>dasatinib oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
SPRYCEL ORAL TABLET (<i>dasatinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
TASIGNA ORAL CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - BISPECIFIC T-CELL ENGAGERS*** - DRUGS FOR CANCER		
BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>blinatumomab</i>)	3	PA; LD; SP
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>glofitamab-gxbm</i>)	3	PA; LD; SP
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>elranatamab-bcmm</i>)	3	PA; LD
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>epcoritamab-bysp</i>)	3	PA; LD
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tarlatamab-dlle</i>)	3	PA; LD; SP
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tebentafusp-tebn</i>)	3	PA; LD
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mosunetuzumab-axgb</i>)	3	PA; LD; SP
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>talquetamab-tgvs</i>)	3	PA; LD
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>teclistamab-cqyv</i>)	3	PA; LD
*ANTINEOPLASTIC - BRAF KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE (<i>encorafenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>ovorafenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 bottles per 28 days); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OJEMDA ORAL TABLET (<i>tovorafenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (24 tablets per 28 days); OC
TAFINLAR ORAL CAPSULE (<i>dabrafenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE (<i>dabrafenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (15 tablets per 1 day); SP; OC
ZELBORAF ORAL TABLET (<i>vemurafenib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (8 tablet per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BRUKINSA ORAL CAPSULE (<i>zanubrutinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
CALQUENCE ORAL TABLET (<i>acalabrutinib maleate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (8 mL per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG (<i>pirtobrutinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG (<i>pirtobrutinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cetuximab</i>)	3	PA; LD; SP
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
<i>gefitinib oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GILOTRIF ORAL TABLET (<i>afatinib dimaleate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IRESSA ORAL TABLET (<i>gefitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG (<i>lazertinib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG (<i>lazertinib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>necitumumab</i>)	3	LD; SP
TAGRISSE ORAL TABLET (<i>osimertinib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>panitumumab</i>)	3	PA; LD; SP
VIZIMPRO ORAL TABLET (<i>dacomitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - FGFR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG (<i>erdafitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG (<i>erdafitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG (<i>erdafitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>futibatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>futibatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>futibatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG (<i>pemigatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 4.5 MG, 9 MG (<i>pemigatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (14 tablets per 21 days); OC
*ANTINEOPLASTIC - GAMMA SECRETASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>nirogacestat hydrobromide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG (<i>nirogacestat hydrobromide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG (<i>glasdegib maleate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG (<i>glasdegib maleate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (<i>vismodegib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ODOMZO ORAL CAPSULE (<i>sonidegib phosphate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
WELIREG ORAL TABLET (<i>belzutifan</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>belinostat</i>)	3	PA; LD; SP
ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>romidepsin</i>)	3	PA; LD; SP
<i>romidepsin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLINZA ORAL CAPSULE (<i>vorinostat</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - HORMONAL AND RELATED AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER		
AKEEGA ORAL TABLET (<i>niraparib-abiraterone acetate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - IMMUNOMODULATORS*** - DRUGS FOR CANCER		
POMALYST ORAL CAPSULE (<i>pomalidomide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
KRAZATI ORAL TABLET (<i>adagrasib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG (<i>sotorasib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP; OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG (<i>sotorasib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
COTELLIC ORAL TABLET (<i>cobimetinib fumarate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG (<i>selumetinib sulfate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG (<i>selumetinib sulfate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (40 mL per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEKTOVI ORAL TABLET (<i>binimetinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TABRECTA ORAL TABLET (<i>capmatinib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TEPMETKO ORAL TABLET (<i>tepotinib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TAZVERIK ORAL TABLET (<i>tazemetostat hbr</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>sirolimus protein-bound part</i>)	3	PA; LD
<i>temsirolimus intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>temsirolimus</i>)	3	PA; LD; SP
<i>everolimus</i> (Torpenz Oral Tablet)	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
CABOMETYX ORAL TABLET (<i>cabozantinib s-malate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (<i>vandetanib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day); OC
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (<i>vandetanib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose-pack per 56 days); SP; OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
FOTIVDA ORAL CAPSULE (<i>tivozanib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
<i>lapatinib ditosylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
NERLYNX ORAL TABLET (<i>neratinib maleate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEXAVAR ORAL TABLET (<i>sorafenib tosylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
<i>pazopanib hcl oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
QINLOCK ORAL TABLET (<i>ripretinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
RYDAPT ORAL CAPSULE (<i>midostaurin</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
<i>sorafenib tosylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
STIVARGA ORAL TABLET (<i>regorafenib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (84 tablets per 28 days); SP; OC
<i>sunitinib malate oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
SUTENT ORAL CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
TURALIO ORAL CAPSULE (<i>pexidartinib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
VANFLYTA ORAL TABLET (<i>quizartinib dihydrochloride</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
XOSPATA ORAL TABLET (<i>gilteritinib fumarate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
RYBREVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amivantamab-vmjw</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AYVAKIT ORAL TABLET (<i>avapritinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - PROTEASOME INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	3	PA; LD; SP
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>carfilzomib</i>)	3	PA; LD; SP
NINLARO ORAL CAPSULE (<i>ixazomib citrate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 28 days); SP; OC
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bortezomib</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
GAVRETO ORAL CAPSULE (<i>pralsetinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - TROPOMYOSIN RECEPTOR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG (<i>repotrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG (<i>entrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG (<i>entrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL PACKET (<i>entrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (12 packets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL SOLUTION (<i>larotrectinib sulfate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 pack per 1 week); OC
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; LD; QL (32 tablets per 28 weeks); OC
*ANTINEOPLASTIC ANTIBIOTICS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>adriamycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>dactinomycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
DAUNORUBICIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DOXIL INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>doxorubicin hcl liposomal</i>)	3	PA; LD; SP
<i>doxorubicin hcl intravenous solution</i>	3	LD; SP
<i>doxorubicin hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>epirubicin hcl</i>)	3	PA; LD; SP
IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idarubicin hcl</i>)	3	LD; SP
<i>idarubicin hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mitomycin</i>)	3	PA; LD
<i>mitomycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>mitomycin intravesical solution prefilled syringe</i>	3	LD
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>mutamycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>valrubicin intravesical solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION (<i>valrubicin</i>)	3	LD; SP
*ANTINEOPLASTIC -ANTIBODY FOR RADIOPHARMACEUTICAL THERAPY*** - DRUGS FOR CANCER		
ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT (<i>ibritumomab tiuxetan for y-90</i>)	3	PA; LD
*ANTINEOPLASTIC ANTIBODY-DRUG COMPLEXES*** - DRUGS FOR CANCER		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mirvetuximab soravtansine-gynx</i>)	3	PA; LD
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fam-trastuzumab deruxtec-nxki</i>)	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ado-trastuzumab emtansine</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>daratumumab-hyaluronidase-fihj</i>)	3	PA; LD; SP
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>trastuzumab-hyaluronidase-oysk</i>)	3	LD; SP
INQOVI ORAL TABLET (<i>decitabine-cedazuridine</i>)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 28 days); SP; OC
LONSURF ORAL TABLET (<i>trifluridine-tipiracil</i>)	3; OC	PA; LD; SP; OC
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pertuz-trastuz-hyaluron-zzxf</i>)	3	PA; LD; SP
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>rituximab-hyaluronidase human</i>)	3	LD; SP
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>atezolizumab-hyaluronidas-tqjs</i>)	3	PA; LD; SP
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>daunorubicin-cytarabine lipo</i>)	3	LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR CANCER		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>calaspargase pegol-mknl</i>)	3	PA; LD
ONCASPAR INJECTION SOLUTION (<i>pegaspargase</i>)	3	PA; LD
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>asparaginase erwinia chryrywn</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC RADIOPHARMACEUTICALS*** - DRUGS FOR CANCER		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lutetium lu 177 dotatate</i>)	3	PA; LD
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lutetium lu 177 vipivotide tet</i>)	3	PA; LD
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>radium ra 223 dichloride</i>)	3	PA; LD
*ANTINEOPLASTICS - INTERLEUKINS & AGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER		
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION (<i>nogapendekin alfa inbakic-pmln</i>)	3	PA; LD; SP
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tagraxofusp-erzs</i>)	3	PA; LD
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aldesleukin</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTICS - PHOTOACTIVATED AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>porfimer sodium</i>)	3	LD
UVADEX EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>methoxsalen (photopheresis)</i>)	3	
*ANTINEOPLASTICS MISC.*** - DRUGS FOR CANCER		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>interferon gamma-1b</i>)	4	PA; LD; SP
<i>arsenic trioxide intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i>)	3	PA; LD; QL (2 mL per 28 days)
<i>dacarbazine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
HYDREA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	3; OC	LD; OC
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	LD; OC
MATULANE ORAL CAPSULE (<i>procarbazine hcl</i>)	2; OC	LD; OC
NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentostatin</i>)	3	LD; SP
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>bcg live</i>)	4	LD; SP
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>arsenic trioxide</i>)	3	LD; SP
*AROMATASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>anastrozole oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
AROMASIN ORAL TABLET (<i>exemestane</i>)	3; OC	LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>exemestane oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	LD; QL (2 tablets per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FEMARA ORAL TABLET (<i>letrozole</i>)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>letrozole oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*CARBOXYPEPTIDASE ENZYME AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>glucarpidase</i>)	3	LD
*CARDIAC PROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>dexrazoxane intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
*CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - HYPERURICEMIA AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rasburicase</i>)	3	PA; LD; SP
*CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - KERATINOCYTE GROWTH FACTORS*** - DRUGS FOR CANCER		
KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>palifermin</i>)	3	LD; SP
*CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IBRANCE ORAL CAPSULE (<i>palbociclib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (21 tablets per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 125 MG (<i>palbociclib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (0.75 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1.5 tablets per 1 day); SP; OC
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (2.25 tablets per 1 day); SP; OC
VERZENIO ORAL TABLET (<i>abemaciclib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*ESTROGEN RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR CANCER		
FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>fulvestrant</i>)	3	PA; LD; SP
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
*FOLIC ACID ANTAGONISTS RESCUE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
KHAPZORY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>levoleucovorin</i>)	3	PA; LD; SP
<i>leucovorin calcium injection solution</i>	1 or 1b*	LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD
<i>leucovorin calcium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD
<i>levoleucovorin calcium pf intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; LD
*GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER		
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>degarelix acetate</i>)	3	PA; LD; QL (2 units per 310 days); SP
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>degarelix acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
ORGOVYX ORAL TABLET (<i>relugolix</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*IMIDAZOTETRAZINES*** - DRUGS FOR CANCER		
TEMODAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>temozolomide</i>)	2	PA; LD; SP
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP; OC
<i>temozolomide oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
<i>temozolomide oral capsule 5 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 1 day); SP; OC
*ISOCITRATE DEHYDROGENASE 1 & 2 (IDH1 & IDH2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG (<i>vorasidenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG (<i>vorasidenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ISOCITRATE DEHYDROGENASE-1 (IDH1) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE (<i>olutasidenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); OC
TIBSOVO ORAL TABLET (<i>ivosidenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
*ISOCITRATE DEHYDROGENASE-2 (IDH2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*JANUS ASSOCIATED KINASE (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
INREBIC ORAL CAPSULE (<i>fedratinib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
JAKAFI ORAL TABLET (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
OJJAARA ORAL TABLET (<i>momelotinib dihydrochloride</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
VONJO ORAL CAPSULE (<i>pacritinib citrate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
*LHRH ANALOGS*** - DRUGS FOR CANCER		
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>leuprolide mesylate (6 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 24 weekss)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 84 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate (4 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 112 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 168 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable</i>	3	PA; LD; QL (1 kit per 12 weeks); SP
<i>leuprolide acetate injection kit</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (<i>leuprolide acetate (4 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 112 days); SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe kit per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 84 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG (<i>goserelin acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 EA per 84 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG (<i>goserelin acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 unit per 28 days); SP
*MITOTIC INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>paclitaxel protein-bound part</i>)	3	PA; LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>docetaxel</i>)	3	PA; LD; SP
<i>eribulin mesylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>etoposide phosphate</i>)	3	LD; SP
<i>etoposide intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>etoposide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	LD; SP; OC
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eribulin mesylate</i>)	3	PA; LD; SP
IXEMPRA KIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ixabepilone</i>)	3	PA; LD; SP
JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cabazitaxel</i>)	3	PA; LD; SP
<i>paclitaxel intravenous concentrate</i>	1 or 1b*	LD; SP
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
<i>vinblastine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>vincristine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
*MYELOPROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
COSELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trilaciclib dihydrochloride</i>)	3	PA; LD
*NITROGEN MUSTARDS AND RELATED ANALOGUES*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/5ml</i>	3	LD; SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML	3	LD; SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2 GM/10ML	3	LD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i>	3	LD
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	LD; SP; OC
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3; OC	LD; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	LD; SP
HEPZATO W/50MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	LD
HEPZATO W/62MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	LD
IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ifosfamide</i>)	3	LD; SP
<i>ifosfamide intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1 or 1b*	LD; SP
IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM	3	LD; SP
LEUKERAN ORAL TABLET (<i>chlorambucil</i>)	2; OC	LD; OC
<i>melphalan hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
*NITROSOUREAS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>carmustine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (<i>lomustine</i>)	3; OC	PA; LD; SP; OC
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER (<i>carmustine in polifeprosan</i>)	3	
ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>streptozocin</i>)	3	LD; SP
*OLIGONUCLEOTIDE TELOMERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imetelstat sodium</i>)	3	PA; LD
*ORNITHINE DECARBOXYLASE (ODC) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IWILFIN ORAL TABLET (<i>eflornithine hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
*OTOPROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sodium thiosulfate</i>)	3	PA; LD
*PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>copanlisib hcl</i>)	3	PA; LD
COPIKTRA ORAL CAPSULE (<i>duvelisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYDELIG ORAL TABLET (<i>idelalisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
LYNPARZA ORAL TABLET (<i>olaparib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
RUBRACA ORAL TABLET (<i>rucaparib camsylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TALZENNA ORAL CAPSULE (<i>talazoparib tosylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ZEJULA ORAL TABLET (<i>niraparib tosylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml</i>	1 or 1b*; OC	LD; OC
<i>megestrol acetate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	LD; OC
*RETINOIDS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>tretinoin oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	LD; OC
*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS*** - DRUGS FOR CANCER		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG (<i>elacestrant hydrochloride</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG (<i>elacestrant hydrochloride</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
*SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bexarotene oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
*TETRAHYDROISOQUINOLINES*** - DRUGS FOR CANCER		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trabectedin</i>)	3	LD; SP
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sacituzumab govitecan-hziy</i>)	3	PA; LD
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>irinotecan hcl</i>)	3	LD; SP
HYCANTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>topotecan hcl</i>)	3	LD; SP
HYCANTIN ORAL CAPSULE (<i>topotecan hcl</i>)	2; OC	PA; LD; SP; OC
<i>irinotecan hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE (<i>irinotecan hcl liposome</i>)	3	LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TOPOTECAN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
<i>topotecan hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
*URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>mesna intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; LD
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mesna</i>)	3	PA; LD
MESNEX ORAL TABLET (<i>mesna</i>)	2	PA; LD
*VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab</i>)	3	PA; LD; SP
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ramucirumab</i>)	3	PA; LD; SP
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG (<i>fruquintinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (84 capsules per 28 days); OC
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG (<i>fruquintinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (<i>axitinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (<i>axitinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (90 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab-awwb</i>)	3	PA; LD; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ziv-aflibercept</i>)	3	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR PARKINSON		
NOURIANZ ORAL TABLET (<i>istradefylline</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>benztropine mesylate injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>benztropine mesylate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet</i>	1 or 1a*	
*ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>amantadine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet</i>	1 or 1b*	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE (<i>levodopa</i>)	4	PA; LD; QL (5 kits per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; DO
PARLODEL ORAL CAPSULE (<i>bromocriptine mesylate</i>)	3	
PARLODEL ORAL TABLET (<i>bromocriptine mesylate</i>)	3	
*ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG (<i>rasagiline mesylate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
AZILECT ORAL TABLET 1 MG (<i>rasagiline mesylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG (<i>safinamide mesylate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XADAGO ORAL TABLET 50 MG (<i>safinamide mesylate</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>selegiline hcl</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
TASMAR ORAL TABLET (<i>tolcapone</i>)	3	PA; QL (6 tablet per 1 day)
<i>tolcapone oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
*DECARBOXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa oral tablet</i>	1 or 1b*	
LODOSYN ORAL TABLET (<i>carbidopa</i>)	3	
*LEVODOPA COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet</i>	1 or 1b*	
DHIVY ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	PA; LD; SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	QL (12 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	QL (9 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	QL (10 capsules per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	
*NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>apomorphine hcl</i>)	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge</i>	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>pramipexole dihydrochloride</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>rotigotine</i>)	3	QL (1 patch per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>ropinirole hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PERIPHERAL COMT INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>entacapone oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG (<i>opicapone</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 50 MG (<i>opicapone</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTIMANIC AGENTS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>lithium carbonate oral capsule 600 mg</i>	1 or 1a*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	1 or 1a*	DO
<i>lithium oral solution</i>	1 or 1b*	
*ANTIPSYCHOTICS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG (<i>lumateperone tosylate</i>)	3	ST; DO
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG (<i>lumateperone tosylate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (<i>carbamazepine (antipsychotic)</i>)	3	QL (8 capsules per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (<i>carbamazepine (antipsychotic)</i>)	3	QL (5 capsules per 1 day)
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ziprasidone mesylate</i>)	3	AL; QL (6 vials per 28 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	AL
<i>lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>lurasidone hcl oral tablet 60 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
NUPLAZID ORAL CAPSULE (<i>pimavanserin tartrate</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET (<i>pimavanserin tartrate</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG (<i>cariprazine hcl</i>)	3	ST; DO
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG (<i>cariprazine hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 capsules per 1 day)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 vials per 28 days)
*BENZISOXAZOLES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG (<i>iloperidone</i>)	3	ST; DO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (<i>iloperidone</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET (<i>iloperidone</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 year)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (3.5 mL per 180 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (5 mL per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (0.88 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1.32 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1.75 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (2.63 mL per 90 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>risperidone</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 injections per 28 days)
<i>risperidone oral solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
*BUTYROPHENONES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML (<i>haloperidol decanoate</i>)	3	AL; QL (5 injections per 30 days)
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/ML (<i>haloperidol decanoate</i>)	3	AL; QL (5 ampules per 30 days)
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 injections per 30 days)
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 ampules per 30 days)
<i>haloperidol lactate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
*DIBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION (<i>clozapine</i>)	3	AL; QL (18 mL per 1 day)
*DIBENZO-OXEPINO PYRROLES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>asenapine</i>)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
*DIBENZOTHIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
*DIBENZOXAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>loxapine</i>)	3	AL
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>loxapine succinate oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 capsules per 1 day)
*DIHYDROINDOLONES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
*PHENOTHIAZINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>chlorpromazine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	AL
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 100 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 30 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (26 mL per 1 day)
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>compro rectal suppository</i>	1 or 1b*	AL
<i>fluphenazine decanoate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>fluphenazine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	AL

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	1 or 1b*	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>fluphenazine hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>perphenazine oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>prochlorperazine edisylate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	1 or 1a*	AL
<i>prochlorperazine rectal suppository</i>	1 or 1b*	AL
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>thioridazine hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
*QUINOLINONE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>aripiprazole</i>)	3	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>aripiprazole</i>)	3	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (<i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i>)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (<i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (<i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i>)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (<i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>aripiprazole oral solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 1 fill)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	3	AL; QL (1 kit per 60 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (<i>brexipiprazole</i>)	3	ST; DO
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG (<i>brexipiprazole</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*THIENBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 injections per 1 fill)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 20 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG (<i>olanzapine pamoate</i>)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG (<i>olanzapine pamoate</i>)	3	AL; QL (1 injections per 28 days)
*THIOXANTHENES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>thiothixene oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 capsules per 1 day)
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
*ANTISEPTICS & DISINFECTANTS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
<i>formaldehyde external solution 10 %</i>	1 or 1b*	
*CHLORINE ANTISEPTICS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
BENZALKONIUM CHLORIDE EXTERNAL SOLUTION	3	
*IODINE ANTISEPTICS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
LUGOLS STRONG IODINE EXTERNAL SOLUTION	3	
ANTIVIRALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIRETROVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
BIKTARVY ORAL TABLET (<i>bictegravir-emtricitab-tenofovir</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML (<i>cabotegravir & rilpivirine</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 & 900 MG/3ML (<i>cabotegravir & rilpivirine</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 60 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CIMDUO ORAL TABLET (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DELSTRIGO ORAL TABLET (<i>doravirin-lamivudine-tenofovir df</i>)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	2; \$0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET (<i>dolutegravir-lamivudine</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	1 or 1b*; \$0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
EVOTAZ ORAL TABLET (<i>atazanavir-cobicistat</i>)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
GENVOYA ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
JULUCA ORAL TABLET (<i>dolutegravir-rilpivirine</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
KALETRA ORAL SOLUTION (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	3	LD; QL (16 mL per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	3	LD; QL (10 tablets per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	1 or 1b*	LD; QL (16 mL per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (10 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ODEFSEY ORAL TABLET (<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir af</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofdf</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMTUZA ORAL TABLET (<i>darunavir-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET (<i>abacavir-dolutegravir-lamivudine</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>lenacapavir sodium</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lenacapavir sodium</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks)
*ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR)*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>maraviroc oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
SELZENTRY ORAL SOLUTION (<i>maraviroc</i>)	3	LD; QL (62 mL per 1 day)
SELZENTRY ORAL TABLET (<i>maraviroc</i>)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - CD4-DIRECTED POST-ATTACHMENT INHIBITOR*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibalizumab-uiyk</i>)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>enfuvirtide</i>)	2	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - GP120-DIRECTED ATTACHMENT INHIBITOR*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>fostemsavir tromethamine</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>cabotegravir</i>)	3	LD; QL (1 vial per 2 monthss)
ISENTRESS HD ORAL TABLET (<i>raltegravir potassium</i>)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL PACKET (<i>raltegravir potassium</i>)	3	LD; QL (2 packets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET (<i>raltegravir potassium</i>)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	3	LD; QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET (<i>dolutegravir sodium</i>)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (<i>dolutegravir sodium</i>)	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
APTIVUS ORAL CAPSULE (<i>tipranavir</i>)	2	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (2 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (1 capsule per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
NORVIR ORAL PACKET (<i>ritonavir</i>)	3	LD; QL (12 packets per 1 day)
NORVIR ORAL TABLET (<i>ritonavir</i>)	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION (<i>darunavir</i>)	2	LD; QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (<i>darunavir</i>)	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir</i>)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	3	LD; QL (2 capsules per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 300 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	3	LD; QL (1 capsule per 1 day)
REYATAZ ORAL PACKET (<i>atazanavir sulfate</i>)	2	LD; QL (5 packets per 1 day)
<i>ritonavir oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	2	LD; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
EDURANT ORAL TABLET (<i>rilpivirine hcl</i>)	2	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG (<i>etravirine</i>)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG (<i>etravirine</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (<i>etravirine</i>)	2	PA; LD; QL (16 tablets per 1 day)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>nevirapine oral suspension</i>	1 or 1b*	LD; QL (40 mL per 1 day)
<i>nevirapine oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
PIFELTRO ORAL TABLET (<i>doravirine</i>)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	LD; QL (32 mL per 1 day)
<i>abacavir sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ZIAGEN ORAL SOLUTION (<i>abacavir sulfate</i>)	3	LD; QL (32 mL per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES**** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>emtricitabine oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	LD; QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	3	LD; QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION (<i>emtricitabine</i>)	2	LD; QL (29 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL SOLUTION (<i>lamivudine</i>)	3	LD; QL (32 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG (<i>lamivudine</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 300 MG (<i>lamivudine</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lamivudine oral solution</i>	1 or 1b*	LD; QL (32 mL per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>zidovudine</i>)	2	LD
RETROVIR ORAL CAPSULE (<i>zidovudine</i>)	3	LD; QL (6 capsules per 1 day)
RETROVIR ORAL SYRUP (<i>zidovudine</i>)	3	LD; QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral capsule</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 capsules per 1 day)
<i>zidovudine oral syrup</i>	1 or 1b*	LD; QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	2	LD; QL (8 grams per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS ADJUVANTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
TYBOST ORAL TABLET (<i>cobicistat</i>)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	3	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	3	QL (1 pack per 90 days)
*CMV AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>cidofovir intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD
<i>foscarnet sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	LD
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>foscarnet sodium</i>)	3	LD
GANCICLOVIR INTRAVENOUS SOLUTION	4	LD; SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	4	LD; SP
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted</i>	4	LD; SP
LIVTENCITY ORAL TABLET (<i>maribavir</i>)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>letermovir</i>)	4	PA; LD; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL TABLET (<i>letermovir</i>)	4	PA; LD; QL (224 tablets per 1 year); SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>valganciclovir hcl</i>)	3	LD
VALCYTE ORAL TABLET (<i>valganciclovir hcl</i>)	3	LD
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	LD
*HEPATITIS B AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (<i>entecavir</i>)	4	PA; LD; QL (20 mL per 1 day)
<i>entecavir oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
VEMLIDY ORAL TABLET (<i>tenofovir alafenamide fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VOSEVI ORAL TABLET (<i>sofosbuv-velpatasv-voxilaprev</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*HEPATITIS C AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	4	LD; QL (4 vials per 28 days); SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	4	LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
<i>ribavirin oral capsule</i>	4	LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
<i>ribavirin oral tablet</i>	4	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
*HERPES AGENTS - PURINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	1 or 1b*	QL (30 tablets per 1 fill)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 30 days)
*HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 fill)
<i>famciclovir oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (21 tablets per 1 fill)
*INFLUENZA AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>rimantadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*MISC. ANTIVIRALS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE (<i>molnupiravir</i>)	3	QL (40 capsules per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TEMBEXA ORAL SUSPENSION (<i>brincidofovir</i>)	3	
TEMBEXA ORAL TABLET (<i>brincidofovir</i>)	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tecovirimat</i>)	3	
TPOXX ORAL CAPSULE (<i>tecovirimat</i>)	3	
*NEURAMINIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (180 mL per 90 days)
RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION (<i>peramivir</i>)	3	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>zanamivir</i>)	2	QL (1 unit per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (<i>oseltamivir phosphate</i>)	3	QL (20 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (<i>oseltamivir phosphate</i>)	3	QL (10 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>oseltamivir phosphate</i>)	3	QL (180 mL per 90 days)
*PA ENDONUCLEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>baloxavir marboxil</i>)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>baloxavir marboxil</i>)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
*RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>ribavirin inhalation solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ribavirin</i>)	3	
BETA BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART		
*ALPHA-BETA BLOCKERS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>carvedilol oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe 10 mg/2ml</i>	3	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>labetalol hcl oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>labetalol hcl oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
*BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acebutolol hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>atenolol oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>betaxolol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*	
BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>)	3	
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl</i>)	3	
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>)	3	
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>)	3	
<i>esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml</i>	1 or 1b*	
ESMOLOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/100ML, 2500 MG/250ML	3	
<i>esmolol hcl-sodium chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE (<i>metoprolol succinate</i>)	3	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution</i>	1 or 1a*	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>nebivolol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION (<i>propranolol hcl</i>)	3	
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>propranolol hcl sr beads</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>propranolol hcl sr beads</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pindolol oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>pindolol oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>propranolol hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>propranolol hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl (af) oral tablet</i>	1 or 1b*	
SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
SOTYLIZE ORAL SOLUTION (<i>sotalol hcl</i>)	3	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART		
*CALCIUM CHANNEL BLOCKERS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nicardipine hcl in nacl</i>)	3	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	QL (3 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	DO
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION (<i>clevipidine</i>)	3	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (<i>levamlodipine maleate</i>)	3	ST; DO
CONJUPRI ORAL TABLET 5 MG (<i>levamlodipine maleate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DILTIAZEM HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>isradipine oral capsule 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
KATERZIA ORAL SUSPENSION (<i>amlodipine benzoate</i>)	3	PA; QL (10 mL per 1 day)
<i>levamlodipine maleate oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>levamlodipine maleate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NICARDIPINE HCL IN NA CL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nicardipine hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
<i>nicardipine hcl oral capsule 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nifedipine oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nimodipine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (12 capsule per 1 day)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NORLIQVA ORAL SOLUTION (<i>amlodipine besylate</i>)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
NYMALIZE ORAL SOLUTION (<i>nimodipine</i>)	3	QL (60 mL per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (<i>nifedipine</i>)	3	DO
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG (<i>nifedipine</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 90 MG (<i>nifedipine</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG (<i>nisoldipine</i>)	3	DO
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG (<i>nisoldipine</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (<i>diltiazem hcl er beads</i>)	3	DO
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (<i>diltiazem hcl er beads</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (<i>diltiazem hcl er beads</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (<i>diltiazem hcl er beads</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg</i>	3	DO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>verapamil hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	DO
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	DO
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
CARDIOTONICS - DRUGS FOR THE HEART		
*CARDIAC GLYCOSIDES*** - DRUGS FOR THE HEART		
<i>digoxin injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>digoxin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 62.5 mcg</i>	1 or 1b*	DO
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN INJECTION SOLUTION (<i>digoxin</i>)	3	
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (<i>digoxin</i>)	2	
*INOTROPES*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>dobutamine hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DOBUTAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>milrinone lactate in dextrose intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>milrinone lactate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE HEART		
*CALCIUM CHANNEL BLOCKER & HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1 or 1b*	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	3	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CARDIAC MYOSIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART		
CAMZYOS ORAL CAPSULE (<i>mavacamten</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
*NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>sacubitril-valsartan</i>)	3	QL (8 capsules per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET (<i>sacubitril-valsartan</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
*NITRATE & VASODILATOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
BIDIL ORAL TABLET (<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*PDE INHIBITOR-ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
OPSYNVI ORAL TABLET (<i>macitentan-tadalafil</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*PROSTAGLANDIN - IMPOTENCE AGENTS*** - DRUGS FOR THE HEART		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT (<i>alprostadil (vasodilator)</i>)	3	PA
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alprostadil (vasodilator)</i>)	3	PA
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT (<i>alprostadil (vasodilator)</i>)	3	PA
*PROSTAGLANDIN VASODILATORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted</i>	4	PA; LD; SP
FOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>epoprostenol sodium</i>)	4	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>treprostinil diolamine</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>treprostinil diolamine</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>treprostinil diolamine</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>treprostinil diolamine</i>)	4	PA; LD; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	4	PA; LD; SP
<i>treprostinil injection solution</i>	4	PA; LD; SP
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER (<i>treprostinil</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER (<i>treprostinil</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER (<i>treprostinil</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
TYVASO INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>epoprostenol sodium</i>)	4	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (<i>iloprost</i>)	4	PA; LD; QL (9 mL per 1 day); SP
*PULM HYPERTEN-SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ADEMPAS ORAL TABLET (<i>riociguat</i>)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
*PULMONARY HYPERTENSION - ACTIVIN SIGNALING INHIBITOR*** - DRUGS FOR THE HEART		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT (<i>sotatercept-csrk</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 21 days); SP
*PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>ambrisentan oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<i>bosentan oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OPSUMIT ORAL TABLET (<i>macitentan</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (<i>bosentan</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
*PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>alyq oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
<i>sildenafil citrate intravenous solution</i>	4	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted</i>	4	PA; LD; QL (24 mL per 1 day); SP
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	4	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
<i>tadalafil (pah) oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TADLIQ ORAL SUSPENSION (<i>tadalafil (pah)</i>)	4	PA; LD; QL (10 ml per 1 day); SP
*PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>selexipag</i>)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET (<i>selexipag</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selexipag</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
*SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART		
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	PA
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	PA
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 tablets per 30 days)
<i>vardenafil hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	PA
*SEPTAL AGENTS - ABLATION** - DRUGS FOR THE HEART		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION (<i>dehydrated alcohol</i>)	3	
*SINUS NODE INHIBITORS** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CORLANOR ORAL SOLUTION (<i>ivabradine hcl</i>)	3	PA; QL (4 ampules per 1 day)
<i>ivabradine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*TRANSTHYRETIN STABILIZERS*** - DRUGS FOR THE HEART		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE (<i>tafamidis</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (<i>tafamidis meglumine (cardiac)</i>)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
*VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)*** - DRUGS FOR ANGINA		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>vericiguat</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VERQUVO ORAL TABLET 2.5 MG (<i>vericiguat</i>)	3	PA; QL (1 tablets per 1 day)
CEPHALOSPORINS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*CEPHALOSPORIN COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftazidime-avibactam</i>)	3	
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftolozane-tazobactam</i>)	3	
*CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefadroxil oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM	3	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1 or 1b*	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	3	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 3-4 gm/150ml-%</i>	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>cephalexin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	1 or 1a*	
<i>cephalexin oral tablet</i>	1 or 1a*	
*CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
<i>cefaclor oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cefotetan disodium</i>)	3	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefprozil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefdinir oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefixime oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefixime oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution</i>	1 or 1b*	QL (3000 mL per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 fills)
CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	QL (1 vial per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 fills)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
CEFTRIAZONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (60 IV Bags per 30 days)
<i>tazicef injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ceftazidime sodium in dextrose</i>)	3	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1 or 1b*	
CEFEPIME-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
*CEPHALOSPORINS - 5TH GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftaroline fosamil</i>)	3	
*CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES*** - ANTIBIOTICS		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cefiderocol sulfate tosylate</i>)	3	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR WOMEN		
*BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>azurette oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kariva oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (<i>norethin-eth estrad-fe biphas</i>)	2	\$0
<i>pimtrea oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>simliya oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>viorele oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>volnea oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>afirmelle oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>altavera oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>alyacen 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>apri oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aubra eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aurovela 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aviane oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ayuna oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
BALCOLTRA ORAL TABLET (<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i>)	3	
<i>balziva oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
BEYAZ ORAL TABLET (<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>)	3	
<i>blisovi 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>briellyn oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>charlotte 24 fe oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>chateal eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cryselle-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cyred eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>dasetta 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>delyla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>elinest oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>enskyce oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>estarylla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>falmina oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
FEMLYV ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>)	3	\$0
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Finzala Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; \$0	
<i>gemmily oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hailey 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>isibloom oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>jasmiel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i> (Joyeaux Oral Tablet)	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>juleber oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 24 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kaitlib fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kalliga oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kelnor 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kelnor 1/50 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kurvelo oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>layolis fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lessina oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin 1.5/30 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin 1/20 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loryna oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>low-ogestrel oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>lo-zumandimine oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lutera oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>marlissa oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>merzee oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>mili oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>mono-lynyah oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET (<i>drospirenone-estetrol</i>)	3	\$0
<i>nikki oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nylia 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ocella oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>philith oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>portia-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>reclipsen oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
SAFYRAL ORAL TABLET (<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>)	3	
<i>sprintec 28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sronyx oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>syeda oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tarina 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>taysofy oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
TAYTULLA ORAL CAPSULE (<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>)	3	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Turqoz Oral Tablet)	1 or 1a*; \$0	
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE (<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>)	3	\$0
<i>tydemy oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vestura oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vienva oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>vyfemla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>vylibra oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>wera oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>wymzya fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
YASMIN 28 ORAL TABLET (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	3	
YAZ ORAL TABLET (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	3	
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>zumandimine oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>)	3	\$0
<i>xulane transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>zafemy transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
ANNOVERA VAGINAL RING (<i>segesterone-ethinyl estradiol</i>)	3	\$0
<i>eluryng vaginal ring</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring)	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring)	1 or 1b*; \$0	
NUVARING VAGINAL RING (<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	3	
*CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>amethyst oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dolishale oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg</i>	1 or 1b*; \$0	
*COPPER CONTRACEPTIVES - IUD*** - BIRTH CONTROL PILLS		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>copper</i>)	3	
*EMERGENCY CONTRACEPTIVES*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>aftera oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>afterpill oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
CURAE ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>econtra one-step oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ELLA ORAL TABLET (<i>ulipristal acetate</i>)	3; \$0	
HER STYLE ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>my choice oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>my way oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>new day oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>opcicon one-step oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>option 2 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>react oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>take action oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>ashlyna oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>camrese lo oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>camrese oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daysee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>iclevia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>introvale oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jaimiess oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jolessa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lojaimiess oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>rivelsa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>setlakin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>simpesse oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*FOUR PHASE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
NATAZIA ORAL TABLET (<i>estradiol valerate-dienogest</i>)	3	\$0
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IMPLANTS*** - BIRTH CONTROL PILLS		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT (<i>etonogestrel</i>)	4	LD; SP
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE*** - BIRTH CONTROL PILLS		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD*** - BIRTH CONTROL PILLS		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	4	LD; SP
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	LD; SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	LD; SP
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	LD; SP
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>camila oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>deblitane oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethindrone</i> (Emzahh Oral Tablet)	1 or 1b*; \$0	
<i>errin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>heather oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>incassia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jencycla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lyleq oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lyza oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nora-be oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethindrone oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norlyroc oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
OPILL ORAL TABLET (<i>norgestrel</i>)	2; \$0	
<i>sharobel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
SLYND ORAL TABLET (<i>drospirenone</i>)	3	\$0
*TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aranelle oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>enpresse-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>leena oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonest oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tilia fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-estarylla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-legest fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-linyah oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-mili oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-mili oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-sprintec oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>trivora (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-vylibra oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>velivet oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
CORTICOSTEROIDS - HORMONES		
*GLUCOCORTICOSTEROIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>hydrocortisone</i>)	3	PA
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
CORTEF ORAL TABLET (<i>hydrocortisone</i>)	3	
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION (<i>methylprednisolone acetate</i>)	3	
DEXABLISS ORAL TABLET THERAPY PACK	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>dexamethasone</i>)	2	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sod phos +rfid injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution</i>	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
HEMADY ORAL TABLET (<i>dexamethasone</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone hexacetonide</i>)	3	
<i>hidex 6-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone sod succ (pf) injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
KENALOG-10 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
KENALOG-40 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG (<i>methylprednisolone</i>)	3	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (<i>methylprednisolone</i>)	2	
MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>methylprednisolone</i>)	3	
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1a*	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	DO
PEDIAPRED ORAL SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	
<i>prednisolone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisolone oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1a*	DO
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>prednisone</i>)	3	
<i>prednisone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1a*	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hydrocortisone sod succinate</i>)	3	
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methylprednisolone sodium succ</i>)	3	
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methylprednisolone sodium succ</i>)	3	
<i>taperdex 12-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>taperdex 6-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>taperdex 7-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>budesonide</i>)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>budesonide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZILRETTA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>triamcinolone acetonide</i>)	4	PA; LD; QL (1 injection per 1 knee)
*MINERALOCORTICOIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
<i>fludrocortisone acetate oral tablet</i>	1 or 1b*	
*STEROID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION (<i>betamethasone sod phos & acet</i>)	3	
COUGH/COLD/ALLERGY - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>benzonatate oral capsule</i>	1 or 1b*	
*ANTITUSSIVE - OPIOID*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
HYCODAN ORAL SOLUTION (<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>)	3	AL; QL (150 mL per 5 days)
HYCODAN ORAL TABLET (<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>)	3	PA; QL (30 tablets per 5 days)
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet</i>	1 or 1a*	PA; QL (30 tablets per 5 days)
<i>hydromet oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
*ANTITUSSIVE-EXPECTORANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID	3	AL
<i>g tussin ac oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>guaifenesin-codeine oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID (<i>guaifenesin-codeine</i>)	2	AL
<i>maxi-tuss ac oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID (<i>guaifenesin-codeine</i>)	3	AL
*ANTITUSSIVE-EXPECTORANTS-DECONGESTANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID	3	AL
TUSNEL C ORAL SYRUP (<i>pseudoephedrine-codeine-gg</i>)	2	PA; QL (200 mL per 5 days)
*DECONGESTANT & ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>desloratadine-pseudoephedrine</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>promethazine vc oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
*MISC. RESPIRATORY INHALANTS*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 % (<i>sodium chloride</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sodium chloride</i> (Nebusal Inhalation Nebulization Solution 3 %)	1 or 1b*	
<i>sodium chloride</i> (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)	1 or 1b*	
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	
*MUCOLYTICS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
<i>acetylcysteine inhalation solution</i>	1 or 1b*	
*NON-NARC ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>promethazine-dm oral syrup</i>	1 or 1a*	QL (2 fills per 30 days)
*NON-NARC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup</i>	1 or 1b*	
*OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release</i>	1 or 1b*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-codeine oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (100 mL per 5 days)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>chlorpheniramine-codeine</i>)	3	AL; QL (10 tablets per 5 days)
*OPIOID ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CAPCOF ORAL SYRUP	3	AL; QL (300 mL per 5 days)
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID	2	AL; QL (150 mL per 5 days)
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID	2	AL; QL (300 mL per 5 days)
PRO-RED AC ORAL SYRUP (<i>phenyleph-dexchlorphen-codeine</i>)	3	PA
RYDEX ORAL LIQUID (<i>pseudoeph-bromphen-cod</i>)	2	AL; QL (450 mL per 5 days)
DERMATOLOGICALS - DRUGS FOR THE SKIN		
*ACNE ANTIBIOTICS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	ST; QL (4 mL per 1 day)
<i>clindacin etz external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin External Foam)	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindacin-p external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external gel</i>	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>dapsone external gel 5 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>dapsone external gel 7.5 %</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>ery external pad</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ERYGEL EXTERNAL GEL (<i>erythromycin</i>)	3	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
KLARON EXTERNAL LOTION (<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>)	3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</i>	1 or 1b*	
*ACNE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.3-2.5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-3.75 %</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>clindamycin-tretinoin external gel</i>	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>neuac external gel</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
*ACNE PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE (<i>isotretinoin micronized</i>)	3	PA
ABSORICA ORAL CAPSULE (<i>isotretinoin</i>)	3	PA
<i>accutane oral capsule</i>	2	PA
<i>adapalene external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
<i>adapalene external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene external pad</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 swab per 1 day)
AKLIEF EXTERNAL CREAM (<i>trifarotene</i>)	3	ST; QL (1 pump per 30 days)
<i>amnestem oral capsule</i>	2	PA
ARAZLO EXTERNAL LOTION (<i>tazarotene</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
<i>claravis oral capsule</i>	2	PA
<i>isotretinoin oral capsule</i>	2	PA
<i>tretinoin external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>zenatane oral capsule</i>	2	PA
*AGENTS FOR EXTERNAL GENITAL AND PERIANAL WARTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT (<i>sinecatechins</i>)	3	ST; QL (30 grams per 28 days)
*AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
RENOVA EXTERNAL CREAM (<i>tretinoin (facial wrinkles)</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM (<i>tretinoin (facial wrinkles)</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ALOPECIA AGENTS - JANUS KINUS (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
LITFULO ORAL CAPSULE (<i>ritilecitinib tosylate</i>)	3	
*ANTIBIOTIC STEROID COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM (<i>neomycin-fluocinolone</i>)	3	
*ANTIBIOTICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>gentamicin sulfate external cream</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
<i>gentamicin sulfate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
<i>mupirocin external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
*ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	1 or 1b*	QL (180 grams per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION	3	
<i>miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
VUSION EXTERNAL OINTMENT (<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i>)	3	QL (50 grams per 30 days)
*ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ciclodan external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>ciclopirox external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream</i>	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>nystatin</i> (Klayesta External Powder)	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 1 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 2 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external gel</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
NAFTIN EXTERNAL GEL (<i>naftifine hcl</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>nyamyc external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystatin external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystop external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1 or 1b*	QL (1000 gm per 30 days)
*ANTINEOPLASTIC ALKYLATING AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
VALCHLOR EXTERNAL GEL (<i>mechlorethamine hcl (topical)</i>)	3	PA; LD; QL (1 tube per 30 days)
*ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CARAC EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	3	ST; QL (30 gm per 365 days)
EFUDEX EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
<i>fluorouracil external cream</i>	1 or 1b*	AL; QL (40 gm per 365 days)
<i>fluorouracil external solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (10 mL per 365 days)
TOLAK EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
*ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (300 grams per 1 year)
*ANTINEOPLASTIC RETINOIDS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
PANRETIN EXTERNAL GEL (<i>alitretinoin</i>)	3	LD; SP
*ANTIPRURITICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>doxepin hcl external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tube per 1 fill)
*ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>acitretin oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	1 or 1b*	LD; SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>risankizumab-rzaa</i>)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>risankizumab-rzaa</i>)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>spesolimab-sbzo</i>)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 year)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>spesolimab-sbzo</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ustekinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (<i>ustekinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>ixekizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 auto-injector per 28 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ixekizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML (<i>guselkumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embedded); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML (<i>guselkumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embedded); SP
*ANTIPSORIATICS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external foam</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>calcitrene external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcitriol external ointment</i>	1 or 1b*	QL (800 grams per 28 days)
<i>tazarotene external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>tazarotene external gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 % (<i>tazarotene</i>)	2	QL (60 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL (<i>tazarotene</i>)	3	QL (100 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.3 % (<i>roflumilast</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
*ANTISEBORRHEIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>selenium sulfide external lotion</i>	1 or 1a*	QL (120 mL per 30 days)
*ANTIVIRAL TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
XERESE EXTERNAL CREAM (<i>acyclovir-hydrocortisone</i>)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
*ANTIVIRALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acyclovir external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>acyclovir external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 gm per 30 days)
DENAVIR EXTERNAL CREAM (<i>penciclovir</i>)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
<i>penciclovir external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (<i>acyclovir</i>)	3	QL (30 gm per 30 days)
*ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
OPZELURA EXTERNAL CREAM (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
*ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE SKIN		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>dupilumab</i>)	4	PA; LD; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>dupilumab</i>)	4	PA; LD; SP
*BURN PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>mafenide acetate external packet</i>	1 or 1b*	
SILVADENE EXTERNAL CREAM (<i>silver sulfadiazine</i>)	3	
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	1 or 1a*	
<i>ssd external cream</i>	1 or 1a*	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM (<i>mafenide acetate</i>)	3	
*CORTICOSTEROIDS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ala-cort external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
<i>amcinonide external cream</i>	3	QL (2 grams per 1 day)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external foam</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clobetasol propionate external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external liquid</i>	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>clobetasol propionate external solution</i>	1 or 1b*	QL (50 mL per 30 days)
<i>clocortolone pivalate external cream</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>clodan external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>desonide external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>desonide external gel</i>	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
<i>desonide external lotion</i>	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
<i>desonide external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external cream</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external gel</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external liquid</i>	3	ST; QL (100 mL per 30 days)
<i>desoximetasone external ointment</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>flurandrenolide external cream</i>	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
<i>flurandrenolide external lotion</i>	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluticasone propionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>halcinonide external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>halobetasol propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external lotion</i>	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
<i>hydrocortisone butyrate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external solution</i>	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (118 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>tovet external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external aerosol solution</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion</i>	1 or 1a*	QL (60 mL per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %</i>	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %</i>	1 or 1a*	QL (30 grams per 30 days)
<i>triamcinolone in absorbbase external ointment</i>	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
<i>triderm external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
*DEPIGMENTING COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM (<i>fluocin-hydroquinone-tretinoin</i>)	3	
*ENZYMES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
NEXOBRID EXTERNAL GEL (<i>anacaulase-bcdb</i>)	3	PA; LD; QL (440 grams per 2 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT (<i>collagenase</i>)	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
*GLABELLAR LINES (FROWN LINES) AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
BOTOX COSMETIC INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>onabotulinumtoxin (cosmetic)</i>)	4	PA; LD
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>daxibotulinumtoxin-lanm</i>)	4	PA; LD
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>prabotulinumtoxin-xvfs (cosm)</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HAIR GROWTH AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>harviva hp external solution</i>	3	
<i>hemtara hp external solution</i>	3	
<i>hentis external solution</i>	3	
<i>hentis hp external solution</i>	3	
<i>hevona external solution</i>	3	
<i>holixia external solution</i>	3	
<i>holizar external solution</i>	3	
<i>honista external solution</i>	3	
<i>hovitra external solution</i>	3	
*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clotrimazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (113 grams per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream</i>	1 or 1b*	QL (85 grams per 30 days)
ECOZA EXTERNAL FOAM (<i>econazole nitrate</i>)	3	ST; QL (70 grams per 30 days)
ERTACZO EXTERNAL CREAM (<i>sertaconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL CREAM (<i>sulconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION (<i>sulconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION (<i>efinaconazole</i>)	3	QL (8 mL per 30 days)
<i>ketoconazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external foam</i>	3	QL (100 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>ketodan external foam</i>	3	QL (100 grams per 30 days)
<i>luliconazole external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
LUZU EXTERNAL CREAM (<i>luliconazole</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>oxiconazole nitrate external cream</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
OXISTAT EXTERNAL LOTION (<i>oxiconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 mL per 30 days)
*IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>imiquimod external cream 3.75 %</i>	1 or 1b*	QL (28 units per 28 days)
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1 or 1b*	QL (48 packet per 365 days)
<i>imiquimod pump external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA EXTERNAL CREAM (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (28 units per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 % (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 3.75 % (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (1 bottle per 28 days)
*KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CONDYLOX EXTERNAL GEL (<i>podofilox</i>)	3	ST; QL (7 grams per 28 days)
<i>podofilox external gel</i>	1 or 1b*	QL (7 grams per 28 days)
<i>podofilox external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 28 days)
YCANATH EXTERNAL SOLUTION (<i>cantharidin</i>)	3	PA; QL (8 applicators per 84 days)
*LINIMENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT	3	
*LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>dyclopro external solution</i>	3	
<i>glydo external prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine</i> (Tridacaine Ii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine</i> (Tridacaine Iii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>hovyn external solution</i>	3	
HYFTOR EXTERNAL GEL (<i>sirolimus</i>)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
<i>pimecrolimus external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>tacrolimus external ointment</i>	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE)*** - DRUGS FOR THE SKIN		
SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT (<i>afamelanotide acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 implant per 2 monthss)
*MISC. DERMATOLOGICAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
ILIDERM EXTERNAL EMULSION	3	
*MISC. TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
QBREXZA EXTERNAL PAD (<i>glycopyrronium tosylate</i>)	3	PA; QL (1 cloth per 1 day)
*OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>tavaborole external solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (<i>crisaborole</i>)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
*PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
AMELUZ EXTERNAL GEL (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	3	
LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	3	
*PROSTAGLANDINS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>bimatoprost external solution</i>	1 or 1b*	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION (<i>bimatoprost</i>)	3	
*ROSACEA AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>azelaic acid external gel</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>brimonidine tartrate external gel</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
FINACEA EXTERNAL FOAM (<i>azelaic acid</i>)	2	QL (1.67 grams per 1 day)
<i>ivermectin external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
METROCREAM EXTERNAL CREAM (<i>metronidazole</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>metronidazole external lotion</i>	1 or 1b*	QL (59 mL per 30 days)
MIRVASO EXTERNAL GEL (<i>brimonidine tartrate</i>)	3	QL (30 grams per 30 days)
RHOFADE EXTERNAL CREAM (<i>oxymetazoline hcl</i>)	3	QL (30 grams per 30 days)
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM (<i>ivermectin</i>)	2	QL (45 grams per 30 days)
ZILXI EXTERNAL FOAM (<i>minocycline hcl micronized</i>)	2	QL (1 gram per 1 day)
*SCABICIDES & PEDICULICIDES*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>crotan external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>malathion external lotion</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION (<i>spinosad</i>)	3	QL (120 mL per 7 days)
OVIDE EXTERNAL LOTION (<i>malathion</i>)	3	QL (4 mL per 1 day)
<i>permethrin external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>spinosad external suspension</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 7 days)
*SCAR TREATMENT PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
COPASIL EXTERNAL GEL (<i>scar treatment products</i>)	3	
*SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS** - DRUGS FOR THE SKIN		
ESKATA EXTERNAL SOLUTION (<i>hydrogen peroxide</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM (<i>pramoxine-hc</i>)	3	
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM (<i>pramoxine-hc</i>)	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION (<i>pramoxine-hc</i>)	2	
*TAR PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>coal tar external solution</i>	1 or 1b*	
*TISSUE REPLACEMENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CYGNUS DUAL EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM (<i>umbilical cord allograft</i>)	3	
EPIFIX EXTERNAL DISK (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
EPIFIX EXTERNAL SHEET 2 CM X 2 CM , 2 CM X 3 CM , 2 CM X 4 CM , 3 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM , 3.5 CM X 3.5 CM , 4 CM X 3 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 5 CM X 5.5 CM , 5 CM X 6 CM , 7 CM X 7 CM (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (<i>amniotic memb-fluid allograft</i>)	3	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE (<i>amniotic fluid allograft</i>)	3	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
STRAVIX EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM (<i>skin allograft (human)</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT (<i>lidocaine hcl-blood collection</i>)	3	
*TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>bexarotene external gel</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (60 grams per 30 days); SP
TARGRETIN EXTERNAL GEL (<i>bexarotene</i>)	3	PA; LD; QL (60 grams per 30 days); SP
*TOPICAL STEROID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment</i>	2	ST; QL (400 grams per 28 days)
<i>calcipotriene-betameth diprop external suspension</i>	2	ST; QL (420 grams per 28 days)
DUOBRII EXTERNAL LOTION (<i>halobetasol prop-tazarotene</i>)	3	PA; QL (200 grams per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	3	QL (420 grams per 28 days)
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
*TYPE II 5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>finasteride oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	
PROPECIA ORAL TABLET (<i>finasteride</i>)	3	
*WOUND CARE - GROWTH FACTOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
REGNANEX EXTERNAL GEL (<i>becaplermin</i>)	3	QL (15 grams per 30 days)
*WOUND CLEANSERS/DECUBITUS ULCER THERAPY*** - DRUGS FOR THE SKIN		
LAVARE WOUND WASH EXTERNAL GEL	3	
*WOUND DRESSINGS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
FILSUVEZ EXTERNAL GEL (<i>birch triterpenes</i>)	4	PA; LD
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL (<i>hydroactive dressings</i>)	3	
DIAGNOSTIC PRODUCTS		
*DIAGNOSTIC TESTS***		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
DIGESTIVE AIDS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*DIGESTIVE ENZYMES*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	2	QL (25 capsules per 1 day)
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
SUCRAID ORAL SOLUTION (<i>sacrosidase</i>)	4	PA; LD; QL (360 mL per 30 days)
VIOKACE ORAL TABLET (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	3	QL (25 tablets per 1 day)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	2	QL (25 capsules per 1 day)
DIURETICS - DRUGS FOR THE HEART		
*CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>dichlorphenamide oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
<i>methazolamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>dichlorphenamide</i> (Ormalvi Oral Tablet)	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
*DIURETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>spironolactone-hctz oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>triamterene-hctz oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>triamterene-hctz oral tablet</i>	1 or 1a*	
*LOOP DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>bumetanide injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>bumetanide oral tablet</i>	1 or 1b*	
BUMEX ORAL TABLET (<i>bumetanide</i>)	3	
EDECIN ORAL TABLET (<i>ethacrynic acid</i>)	3	
<i>ethacrynate sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ethacrynic acid oral tablet</i>	1 or 1b*	
FUROSCIX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE KIT (<i>furosemide</i>)	4	PA; LD; QL (6 kits per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>furosemide injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>furosemide oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>furosemide oral tablet</i>	1 or 1a*	
LASIX ORAL TABLET (<i>furosemide</i>)	3	
<i>torseamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
*OSMOTIC DIURETICS**** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>mannitol intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>osmitrol intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*POTASSIUM SPARING DIURETICS**** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ALDACTONE ORAL TABLET (<i>spironolactone</i>)	3	
<i>amiloride hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION (<i>spironolactone</i>)	3	
<i>spironolactone oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>spironolactone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>triamterene oral capsule</i>	1 or 1b*	
*THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS**** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>chlorthalidone oral tablet</i>	1 or 1a*	
DIURIL ORAL SUSPENSION (<i>chlorothiazide</i>)	3	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>indapamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>metolazone oral tablet</i>	1 or 1b*	
THALITONE ORAL TABLET (<i>chlorthalidone</i>)	3	
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC. - HORMONES		
*ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS**** - DRUGS FOR WOMEN		
MIFEPREX ORAL TABLET (<i>mifepristone</i>)	3	\$0 for Fully insured members in California
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	\$0 for Fully insured members in California
*ACID SPHINGOMYELINASE DEFICIENCY (ASMD) - AGENTS**** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
XENPOZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>olipudase alfa-rpcp</i>)	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
REVCIVI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>elapegademase-lvlr</i>)	4	PA; LD
*ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>velmanase alfa-tycv</i>)	4	PA; LD
*BISPHOSPHONATES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (<i>risedronate sodium</i>)	3	QL (0.04 tablets per 1 day)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (<i>risedronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
<i>alendronate sodium oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10.72 mg per 1 day)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
AELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>risedronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT (<i>alendronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET (<i>alendronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)	2	QL (0.15 tablets per 1 day)
<i>ibandronate sodium intravenous solution</i>	4	LD
<i>ibandronate sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 28 days)
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	4	LD; SP
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	4	LD; SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION (<i>zoledronic acid</i>)	4	PA; LD; QL (100 mL per 375 days); SP
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (0.04 tablets per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
<i>zoledronic acid intravenous concentrate</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLEDRONIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/100ML	4	PA; LD; SP
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	4	PA; LD; QL (100 mL per 375 days); SP
*CALCIMIMETIC AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>etelcalcetide hcl</i>)	4	PA; LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CALCITONINS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitonin (salmon) injection solution</i>	4	LD
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION (<i>calcitonin (salmon)</i>)	4	LD
*CARNITINE REPLENISHER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	3	
CARNITOR ORAL SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	3	
CARNITOR ORAL TABLET (<i>levocarnitine</i>)	3	
CARNITOR SF ORAL SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	3	
<i>levocarnitine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine sf oral solution</i>	1 or 1b*	
*CKD AGENT-SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
XPHOZAH ORAL TABLET (<i>tenapanor hcl (ckd)</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*CORTICOTROPIN*** - HORMONES		
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (<i>corticotropin</i>)	4	PA; LD; SP
ACTHAR INJECTION GEL (<i>corticotropin</i>)	4	PA; LD; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL (<i>corticotropin</i>)	4	PA; LD; SP
*CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS*** - HORMONES		
ISTURISA ORAL TABLET (<i>osilodrostat phosphate</i>)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
*DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>cabergoline oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (0.58 tablets per 1 day)
*FABRY DISEASE - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pegunigalsidase alfa-iwxj</i>)	4	PA; LD; SP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>agalsidase beta</i>)	4	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE (<i>migalastat hcl</i>)	4	PA; LD; QL (14 capsules per 30 days)
*GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alglucosidase alfa</i>)	4	PA; LD; SP
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>avalglucosidase alfa-ngpt</i>)	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPFOLDA ORAL CAPSULE (<i>miglustat (gaa deficiency)</i>)	4	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cipaglucosidase alfa-atga</i>)	4	PA; LD; SP
*GNRH/LHRH ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>cetorelix acetate subcutaneous kit</i>	4	PA; LD; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (<i>cetorelix acetate</i>)	4	PA; LD; SP
<i>fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; LD; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; SP
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG (<i>elagolix sodium</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORLISSA ORAL TABLET 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR GROWTH		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pegvisomant</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
*GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH)*** - DRUGS FOR GROWTH		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tesamorelin acetate</i>)	4	PA; LD; QL (1 package per 30 days)
*GROWTH HORMONES*** - DRUGS FOR GROWTH		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 injection per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	4	PA; LD; QL (1 solution per 1 day)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (<i>lonapegsomatropin-tcgd</i>)	4	PA; LD; QL (8 cartridges per 28 days); SP
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG (<i>lonapegsomatropin-tcgd</i>)	4	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HEREDITARY OROTIC ACIDURIA TREATMENT - AGENTS** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
XURIDEN ORAL PACKET (<i>uridine triacetate</i>)	3	PA; LD; QL (4 packets per 1 day)
*HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	PA; LD; SP
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i>	4	PA; LD
NITYR ORAL TABLET (<i>nitisinone</i>)	4	PA; LD
ORFADIN ORAL CAPSULE (<i>nitisinone</i>)	4	PA; LD
ORFADIN ORAL SUSPENSION (<i>nitisinone</i>)	4	PA; LD
*HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>betaine oral powder</i>	1 or 1b*	LD
CYSTADANE ORAL POWDER (<i>betaine</i>)	3	LD
*HYPERAMMONEMIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>carglumic acid oral tablet soluble</i>	4	PA; LD
*HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitriol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>calcitriol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
<i>calcitriol oral solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>doxercalciferol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>doxercalciferol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>doxercalciferol</i>)	3	PA
<i>paricalcitol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>paricalcitol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<i>calcifediol</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>paricalcitol</i>)	3	PA
ZEMPLAR ORAL CAPSULE (<i>paricalcitol</i>)	3	PA
*HYPOPHOSPHATASIA (HPP) AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>asfotase alfa</i>)	4	PA; LD
*INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R)*** - DRUGS FOR THYROID		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>teprotumumab-trbw</i>)	4	PA; LD; QL (8 fills per 168 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS)*** - HORMONES		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>mecasermin</i>)	4	PA; LD; SP
*LEPTIN ANALOGUES*** - HORMONES		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>metreleptin</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
*LHRH/GNRH AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 12 weekss); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss); SP
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT (<i>histrelin acetate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
SYNAREL NASAL SOLUTION (<i>nafarelin acetate</i>)	4	PA; LD; QL (5 bottle per 30 days); SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>triptorelin pamoate</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 168 days)
*LYSOSOMAL ACID LIPASE (LAL) DEFICIENCY - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sebelipase alfa</i>)	3	PA; LD; SP
*MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosdenopterin hydrobromide</i>)	4	PA; LD
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>laronidase</i>)	4	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idursulfase</i>)	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>elosulfase alfa</i>)	4	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>galsulfase</i>)	4	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vestronidase alfa-vjkb</i>)	4	PA; LD
*NATRIURETIC PEPTIDES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vosoritide</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
*NEUROKININ 3 (NK3) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
VEOZAH ORAL TABLET (<i>fezolinetant</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
KERENDIA ORAL TABLET (<i>finerenone</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
CHORIONIC GONADOTROPIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>follitropin alfa</i>)	4	PA; LD; SP
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>follitropin alfa</i>)	4	PA; LD; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>follitropin alfa</i>)	4	PA; LD; SP
MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>menotropins</i>)	4	PA; LD; SP
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chorionic gonadotropin</i>)	4	PA; LD; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>choriogonadotropin alfa</i>)	4	PA; LD; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chorionic gonadotropin</i>)	4	PA; LD; SP
*OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC*** - DRUGS FOR WOMEN		
CLOMID ORAL TABLET (<i>clomiphene citrate</i>)	1 or 1b*	PA
*PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>teriparatide</i>)	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml</i>	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>abaloparatide</i>)	4	LD; QL (1 pen per 30 days); SP
*PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Packet)	4	PA; LD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Tablet)	4	PA; LD
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	4	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	4	PA; LD; SP
*RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>denosumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 180 days); SP
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>denosumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
*SCLEROSTIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>romosozumab-aqqg</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS)*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
EVISTA ORAL TABLET (<i>raloxifene hcl</i>)	3; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
OSPHENA ORAL TABLET (<i>ospemifene</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>raloxifene hcl oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
*SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
JYNARQUE ORAL TABLET (<i>tolvaptan</i>)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>tolvaptan</i>)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
*SOMATOSTATIC AGENTS*** - DRUGS FOR GROWTH		
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>octreotide acetate</i>)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
<i>octreotide acetate injection solution</i>	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>octreotide acetate intramuscular kit 20 mg</i>	4	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
<i>octreotide acetate intramuscular kit 30 mg</i>	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; LD; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION (<i>octreotide acetate</i>)	4	PA; LD; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG (<i>octreotide acetate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG (<i>octreotide acetate</i>)	4	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>pasireotide pamoate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pasireotide diaspertate</i>)	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lanreotide acetate</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
*UREA CYCLE DISORDER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sod benz-sod phenylacet</i>)	3	
OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
PHEBURANE ORAL PELLETT (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	4	PA; LD; QL (8 bottles per 30 days); SP
RAVICTI ORAL LIQUID (<i>glycerol phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (17.5 mL per 1 day); SP
<i>sod benz-sod phenylacet intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
*VASOPRESSIN*** - HORMONES		
DDAVP INJECTION SOLUTION (<i>desmopressin acetate</i>)	3	LD
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG (<i>desmopressin acetate</i>)	3	LD; DO
DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG (<i>desmopressin acetate</i>)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
DDAVP PF INJECTION SOLUTION (<i>desmopressin acetate</i>)	3	LD
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution</i>	1 or 1b*	
<i>desmopressin acetate injection solution</i>	1 or 1b*	LD
DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SOLUTION	3	LD; QL (5 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1 or 1b*	LD; DO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day)
<i>desmopressin acetate pf injection solution</i>	1 or 1b*	LD
<i>desmopressin acetate spray nasal solution</i>	1 or 1b*	
NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>desmopressin acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
TERLIVAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>terlipressin acetate</i>)	3	
<i>vasopressin +rfid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vasopressin intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vasopressin-sodium chloride intravenous solution</i>	3	
VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vasopressin</i>)	3	
*X-LINKED HYPOPHOSPHATEMIA (XLH) TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>burosumab-twza</i>)	4	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>burosumab-twza</i>)	4	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/ML (<i>burosumab-twza</i>)	4	PA; LD; QL (6 vials per 28 days); SP
ESTROGENS - HORMONES		
*ESTROGEN & ANDROGEN*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>est estrogens-methyltest</i> (Estratest H.S. Oral Tablet)	1 or 1b*	
*ESTROGEN & PROGESTIN*** - DRUGS FOR WOMEN		
ACTIVELLA ORAL TABLET (<i>estradiol-norethindrone acet</i>)	3	
ANGELIQ ORAL TABLET (<i>drospirenone-estradiol</i>)	3	
BIJUVA ORAL CAPSULE (<i>estradiol-progesterone</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol-levonorgestrel</i>)	2	QL (4 patch per 28 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol-norethindrone acet</i>)	2	QL (8 patch per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>fyavolv oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>jinteli oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mimvey oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
PREMPHASE ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	2	
PREMPRO ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST*** - DRUGS FOR WOMAN		
MYFEMBREE ORAL TABLET (<i>relugolix-estradiol-norethind</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>elagolix-estradiol-norethind</i>)	3	PA; QL (1 carton per 28 days)
*ESTROGENS*** - DRUGS FOR WOMEN		
ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol</i>)	3	QL (8 patch per 28 days)
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol</i>)	3	QL (4 patches per 28 days)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL (<i>estradiol valerate</i>)	3	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL (<i>estradiol cypionate</i>)	3	
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.25 MG/0.25GM, 0.5 MG/0.5GM, 0.75 MG/0.75GM, 1 MG/GM (<i>estradiol</i>)	3	QL (1 packet per 1 day)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1.25 MG/1.25GM (<i>estradiol</i>)	3	QL (30 packets per 30 days)
<i>dotti transdermal patch twice weekly</i>	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL (<i>estradiol</i>)	3	QL (52 grams per 30 days)
<i>estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/gm</i>	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
<i>estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel 1.25 mg/1.25gm</i>	1 or 1b*	QL (30 packets per 30 days)
<i>estradiol transdermal patch twice weekly</i>	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	QL (4 patches per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil</i>	1 or 1b*	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL (<i>estradiol</i>)	3	QL (50 grams per 30 days)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION (<i>estradiol</i>)	2	QL (16.2 mL per 30 days)
<i>lyllana transdermal patch twice weekly</i>	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
MENEST ORAL TABLET (<i>esterified estrogens</i>)	2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol</i>)	3	QL (4 patches per 28 days)
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>estrogens conjugated</i>)	2	
PREMARIN ORAL TABLET (<i>estrogens conjugated</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
*ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB*** - DRUGS FOR WOMEN		
DUAVEE ORAL TABLET (<i>conj estrogens-bazedoxifene</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
FLUOROQUINOLONES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*FLUOROQUINOLONES*** - ANTIBIOTICS		
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>delafloxacin meglumine</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BAXDELA ORAL TABLET (<i>delafloxacin meglumine</i>)	3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>ciprofloxacin</i>)	3	
CIPRO ORAL TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	3	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin intravenous solution</i>	1 or 1b*	QL (1 fill per 30 days)
<i>levofloxacin oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ofloxacin oral tablet</i>	1 or 1b*	
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH		
*BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
CHOLBAM ORAL CAPSULE (<i>cholic acid</i>)	3	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day)
*FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
OALIVA ORAL TABLET (<i>obeticholic acid</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
URSO FORTE ORAL TABLET (<i>ursodiol</i>)	3	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	
<i>ursodiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
*GASTROINTESTINAL ANTIALLERGY AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>cromolyn sodium oral concentrate</i>	1 or 1b*	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE (<i>cromolyn sodium</i>)	3	
*GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
<i>lubiprostone oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
*GASTROINTESTINAL STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
GIMOTI NASAL SOLUTION (<i>metoclopramide hcl</i>)	3	PA; QL (1 bottle per 4 weekss)
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1 or 1a*	QL (60 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	QL (12 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1a*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 10 MG (<i>metoclopramide hcl</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 5 MG (<i>metoclopramide hcl</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
*GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-2 (GLP-2) ANALOGS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT (<i>teduglutide (rdna)</i>)	3	PA; LD; SP
*HEPATOTROPICS - THYROID HORMONE RECEPTOR-BETA AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
REZDIFFRA ORAL TABLET (<i>resmetirom</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*IBS AGENT - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS*** - DRUGS FOR CONSTIPATION		
LINZESS ORAL CAPSULE (<i>linaclotide</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
*IBS AGENT - MU-OPIOID RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
VIBERZI ORAL TABLET (<i>eluxadoline</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*IBS AGENT - SELECTIVE 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
<i>alosetron hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG (<i>odevixibat</i>)	4	PA; LD; QL (30 pellets per 1 day)
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 600 MCG (<i>odevixibat</i>)	4	PA; LD; QL (10 pellets per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG (<i>odevixibat</i>)	4	PA; LD; QL (5 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 400 MCG (<i>odevixibat</i>)	4	PA; LD; QL (15 capsules per 1 day)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML (<i>maralixibat chloride</i>)	4	PA; LD; QL (60 mL per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (<i>maralixibat chloride</i>)	4	PA; LD; QL (90 mL per 30 days)
*INFLAMMATORY BOWEL AGENTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>sulfasalazine</i>)	3	QL (8 tablet per 1 day)
AZULFIDINE ORAL TABLET (<i>sulfasalazine</i>)	3	QL (8 tablet per 1 day)
<i>balsalazide disodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (9 capsule per 1 day)
CANASA RECTAL SUPPOSITORY (<i>mesalamine</i>)	3	QL (1 suppository per 1 day)
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (6 tablets per 1 day)
DIPENTUM ORAL CAPSULE (<i>olsalazine sodium</i>)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>mesalamine er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	QL (8 capsule per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mesalamine oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>mesalamine rectal enema</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
<i>mesalamine rectal suppository</i>	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG (<i>mesalamine</i>)	2	QL (16 capsule per 1 day)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (8 capsule per 1 day)
ROWASA RECTAL KIT (<i>mesalamine-cleanser</i>)	3	QL (1 kit per 30 days)
SFROWASA RECTAL ENEMA (<i>mesalamine</i>)	3	QL (60 mL per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
*INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vedolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 56 days); SP
*INTERLEUKIN ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>risankizumab-rzaa</i>)	4	PA; LD; QL (30 mL per 365 days); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>risankizumab-rzaa</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 56 days); SP
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab</i>)	4	PA; LD; QL (4 vial per 365 days); SP
*INTESTINAL ACIDIFIERS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>enulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>generlac oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
*LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)** - DRUGS FOR THE STOMACH		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION (<i>fecal microbiota, live-jslm</i>)	4	PA; LD; QL (1 carton per 1 lifetime)
VOWST ORAL CAPSULE (<i>fecal microb spores, live-brpk</i>)	4	PA; LD; QL (12 capsules per 1 lifetime)
*PERIPHERAL OPIOID RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>alvimopan oral capsule</i>	1 or 1b*	
MOVANTIK ORAL TABLET (<i>naloxegol oxalate</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RELISTOR ORAL TABLET (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	3	ST; QL (1 syringe per 1 day)
SYMPROIC ORAL TABLET (<i>naldemedine tosylate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*PHOSPHATE BINDER AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
AURYXIA ORAL TABLET (<i>ferric citrate</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (12 capsules per 1 day)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
FOSRENOL ORAL PACKET (<i>lanthanum carbonate</i>)	3	ST; QL (3 stick packs per 1 day)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	1 or 1b*	QL (3 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (15 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
*TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
XERMELO ORAL TABLET (<i>telotristat etiprate</i>)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
*TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS**** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab-axxq</i>)	4	PA; LD; SP
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab</i>)	4	PA; LD; SP
GENERAL ANESTHETICS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANESTHETICS - MISC.*** - DRUGS FOR SEDATION		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>etomidate</i>)	3	
ANESTHESIA S/I-40A INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40H INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40S INTRAVENOUS KIT	3	
DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION (<i>propofol</i>)	3	
<i>etomidate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>fresenius propoven intravenous emulsion</i>	1 or 1b*	
KETALAR INJECTION SOLUTION (<i>ketamine hcl</i>)	3	
<i>ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>propofol intravenous emulsion</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*BARBITURATE ANESTHETICS*** - DRUGS FOR SEDATION		
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methohexital sodium</i>)	3	
*VOLATILE ANESTHETICS*** - DRUGS FOR SEDATION		
<i>desflurane inhalation solution</i>	1 or 1b*	
FORANE INHALATION SOLUTION (<i>isoflurane</i>)	3	
<i>isoflurane inhalation solution</i>	1 or 1b*	
<i>sevoflurane inhalation solution</i>	1 or 1b*	
SUPRANE INHALATION SOLUTION (<i>desflurane</i>)	3	
<i>terrell inhalation solution</i>	1 or 1b*	
ULTANE INHALATION SOLUTION (<i>sevoflurane</i>)	3	
GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
*5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>dutasteride oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
PROSCAR ORAL TABLET (<i>finasteride</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*ALPHA 1-ADRENOCEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>doxazosin mesylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>silodosin oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tamsulosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
*ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution</i>	1 or 1b*	
*CITRATES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>potassium citrate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium citrate</i>)	3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium citrate</i>)	3	
*CYSTINOSIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
CYSTAGON ORAL CAPSULE (<i>cysteamine bitartrate</i>)	4	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>cysteamine bitartrate</i>)	4	PA; LD
PROCYSBI ORAL PACKET (<i>cysteamine bitartrate</i>)	4	PA; LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*GENTOURINARY IRRIGANTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
<i>acetic acid irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>argyle sterile saline irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>curity sterile saline irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycine irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycine urologic irrigation solution</i>	1 or 1b*	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION (<i>citric ac-gluconolact-mg carb</i>)	3	
<i>sodium chloride irrigation solution</i>	1 or 1b*	
SORBITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
SORBITOL-MANNITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
*IGAN AGENTS - ENDOTHELIN & ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
FILSPARI ORAL TABLET (<i>sparsentan</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*INTERSTITIAL CYSTITIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
ELMIRON ORAL CAPSULE (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION (<i>dimethyl sulfoxide</i>)	3	
*PHOSPHATES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET (<i>pot & sod ac phosphates</i>)	3	
*PROSTATIC HYPERTROPHY AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA)*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lumasiran sodium</i>)	4	PA; LD
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>nedosiran sodium</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>nedosiran sodium</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 30 days); SP
*URINARY STONE AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
LITHOSTAT ORAL TABLET (<i>acetohydroxamic acid</i>)	3	
<i>tiopronin oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
<i>tiopronin oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
*VESICOURETERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE (<i>dextranomer-hyaluronic acid</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOUT AGENTS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*GOUT AGENT COMBINATIONS*** - GOUT DRUGS		
<i>colchicine-probenecid oral tablet</i>	1 or 1b*	
*GOUT AGENTS*** - GOUT DRUGS		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>allopurinol sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>allopurinol sodium</i>)	3	
<i>colchicine oral tablet</i>	2	QL (2.3 tablet per 1 day)
<i>febuxostat oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION (<i>colchicine</i>)	3	QL (300 mL per 30 days)
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pegloticase</i>)	4	PA; LD; QL (0.08 mL per 1 day); SP
*URICOSURICS*** - GOUT DRUGS		
<i>probenecid oral tablet</i>	1 or 1b*	
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGENTS FOR CONGENITAL THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>adzynma intravenous kit</i>	4	PA; LD
*AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>givosiran sodium</i>)	4	PA; LD
*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>emicizumab-kxwh</i>)	4	PA; LD; SP
*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i>)	4	PA; LD; SP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (<i>antihemophil fact single chain</i>)	4	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	4	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix</i>)	4	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (rfixfc)</i>)	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALTUVIII INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact fc-vwf-xten-eh1l</i>)	4	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>prothrombin complex human-lans</i>)	3	
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (<i>coagulation factor ix (recomb)</i>)	4	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor x (human)</i>)	4	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (<i>factor xiii concentrate human</i>)	4	PA; LD; SP
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact (bdd-rfviiiic)</i>)	4	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemoph fact rcmb gpeg-exei</i>)	4	PA; LD; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antiinhibitor coagulant cplx</i>)	4	PA; LD; SP
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fibrinogen concentrate (human)</i>)	4	PA; LD; SP
HEMOPIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	4	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	4	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (rix-fp)</i>)	4	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (recomb)</i>)	4	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ahf (bdd-rfviii peg-aucl)</i>)	4	PA; LD; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (<i>prothrombin complex conc human</i>)	3	
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	4	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	4	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (<i>antihem factor recomb (rfviii)</i>)	4	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i>)	4	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil fact bd truncated</i>)	4	PA; LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor viia recomb</i>)	4	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i>)	4	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i>)	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>obizur intravenous solution reconstituted</i>	4	PA; LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>factor ix complex</i>)	4	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix glycopeg</i>)	4	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem factor recomb (rfviii)</i>)	4	PA; LD; SP
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fibrinogen concentrate (human)</i>)	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor viia-jncw</i>)	4	PA; LD; SP
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor xiii a-sub</i>)	4	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>von willebrand factor (recomb)</i>)	4	PA; LD; SP
WILATE INTRAVENOUS KIT (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	4	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,mor)</i>)	4	PA; LD; SP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,mor)</i>)	4	PA; LD; SP
*ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
CABLIVI INJECTION KIT (<i>caplacizumab-yhdp</i>)	4	PA; LD
*BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
<i>sajazir subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
*C1 ESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	4	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	4	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	4	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	4	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>c1 esterase inhibitor (recomb)</i>)	4	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*COMPLEMENT C1 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sutimlimab-jome</i>)	4	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
*COMPLEMENT C3 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pegcetacoplan</i>)	4	PA; LD; QL (200 mL per 30 days)
*COMPLEMENT C5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
PIASKY INJECTION SOLUTION (<i>crovalimab-akkz</i>)	4	PA; LD; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eculizumab</i>)	4	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ravulizumab-cwvz</i>)	4	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION (<i>pozelimab-bbfg</i>)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 week)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>zilucoplan sodium</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day)
*COMPLEMENT C5A INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>gohibic intravenous solution</i>	3	
*COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
TAVNEOS ORAL CAPSULE (<i>avacopan</i>)	4	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
*COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
FABHALTA ORAL CAPSULE (<i>iptacopan hcl</i>)	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
*COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
VOYDEYA ORAL TABLET (<i>danicopan</i>)	4	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>danicopan</i>)	4	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
*DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
BRILINTA ORAL TABLET (<i>ticagrelor</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cangrelor tetrasodium</i>)	3	
*GLYCOPROTEIN IIB/IIIA RECEPTOR INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>tirofiban hcl</i>)	3	
AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tirofiban hcl in nacl</i>)	3	
<i>eptifibatide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>tirofiban hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HEMATORHEOLOGIC AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
*HEMIN*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hemin</i>)	3	LD
*HUMAN PROTEIN C*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>protein c concentrate (human)</i>)	4	LD; SP
*PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>cilostazol oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PLASMA EXPANDERS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>hetastarch-nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION (<i>hetastarch-electrolytes</i>)	3	
<i>lmd in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>lmd in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lanadelumab-flyo</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>lanadelumab-flyo</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
*PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ecallantide</i>)	4	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE (<i>berotralstat hcl</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
*PLASMA PROTEINS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
ALBUMIN HUMAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human-kjda</i>)	3	
ALBUMIN-ZLB INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBURX INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>plasminogen human-tvmh</i>)	4	PA; LD; SP
THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antithrombin iii (human)</i>)	3	
*PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>aspirin-omeprazole</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*PLATELET AGGREGATION INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>dipyridamole oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PROTAMINE*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>protamine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-1 (PAR-1) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ZONTIVITY ORAL TABLET (<i>vorapaxar sulfate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*PYRUVATE KINASE ACTIVATORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
PYRUKYND ORAL TABLET (<i>mitapivat sulfate</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>mitapivat sulfate</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days)
*QUINAZOLINE AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGRYLIN ORAL CAPSULE (<i>anagrelide hcl</i>)	3	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsules per 1 day)
*SPLEEN TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
TAVALISSE ORAL TABLET (<i>fostamatinib disodium</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
*THIENOPYRIDINE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prasugrel hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*THROMBOLYTIC AGENT - MISC*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>defibrotide sodium</i>)	4	LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alteplase</i>)	3	
CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alteplase</i>)	3	
TNKASE INTRAVENOUS KIT (<i>tenecteplase</i>)	3	
HEMATOPOIETIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*AGENTS FOR GAUCHER DISEASE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CERDELGA ORAL CAPSULE (<i>eliglustat tartrate</i>)	2	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imiglucerase</i>)	4	PA; LD; SP
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>taliglucerase alfa</i>)	4	PA; LD; SP
<i>miglustat oral capsule</i>	2	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>velaglucerase alfa</i>)	4	PA; LD; SP
<i>miglustat</i> (Yargesa Oral Capsule)	2	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
*AMINO ACIDS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>l-glutamine oral packet</i>	4	PA; LD; SP
*COBALAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	1 or 1a*	
<i>dodex injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
*CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR NUTRITION		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>motixafortide acetate</i>)	4	PA; LD
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>plerixafor</i>)	4	PA; LD; SP
<i>plerixafor subcutaneous solution</i>	4	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE (<i>mavorixafor</i>)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
*CYTOTOXIC AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DROXIA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	2	
SIKLOS ORAL TABLET (<i>hydroxyurea</i>)	3	PA; LD; SP
*ERYTHROID MATURATION AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>luspatercept-aamt</i>)	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (<i>darbepoetin alfa</i>)	4	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 60 MCG/0.3ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 30 days); SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION (<i>epoetin alfa</i>)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>methoxy peg-epoetin beta</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION (<i>epoetin alfa</i>)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION (<i>epoetin alfa-epbx</i>)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
*FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>foltabs 800 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*FOLIC ACID/FOLATES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cvs folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>fa-8 oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>folate oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>folic acid injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>folic acid oral capsule 0.8 mg</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp folic acid oral tablet 800 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>true folic acid oral tablet 400 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>yl folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
*GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>tbo-filgrastim</i>)	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tbo-filgrastim</i>)	4	PA; LD; SP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>pegfilgrastim</i>)	4	PA; LD; QL (2 injectors/kits per 28 days); SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION (<i>filgrastim</i>)	4	PA; LD; SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim</i>)	4	PA; LD; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION (<i>filgrastim-aafi</i>)	4	PA; LD; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim-aafi</i>)	4	PA; LD; SP
RELEUKO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; SP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>eflapegrastim-xnst</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim-sndz</i>)	4	PA; LD; SP
*GRANULOCYTE/MACROPHAGE COLONY-STIMULATING FACTOR(GM-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sargramostim</i>)	4	PA; LD; SP
*IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (<i>ferric maltol</i>)	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ferumoxytol</i>)	4	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>)	4	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
<i>ferumoxytol intravenous solution</i>	4	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
INFED INJECTION SOLUTION (<i>iron dextran</i>)	4	PA; LD; SP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution</i>	4	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iron sucrose</i>)	4	PA; LD; QL (15 mL per 84 days); SP
*SELECTIN BLOCKERS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>crizanlizumab-tmca</i>)	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DOPTELET ORAL TABLET (<i>avatrombopag maleate</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULPLETA ORAL TABLET (<i>lusutrombopag</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>romiplostim</i>)	4	PA; LD; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	4	PA; LD; QL (3 dose-packs per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEMOSTATICS - DRUGS FOR THE BLOOD		
*HEMOSTATIC COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ARTISS EXTERNAL KIT (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	3	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	3	
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl</i>)	3	
TISSEEL EXTERNAL KIT (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
*HEMOSTATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
<i>aminocaproic acid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>aminocaproic acid oral solution</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
<i>aminocaproic acid oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	
<i>aminocaproic acid oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 day)
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tranexamic acid</i>)	3	
<i>tranexamic acid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
TRANEXAMIC ACID-NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*HEMOSTATICS - TOPICAL*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
AVITENE EXTERNAL PAD (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ENDO AVITENE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
GELFILM EXTERNAL FILM (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
INSTAT EXTERNAL PAD (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
INTERCEED EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin (recombinant)</i>)	3	
RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin (recombinant)</i>)	3	
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH (<i>absorbable fibrin sealant</i>)	3	
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar collagen hemostat</i>)	3	
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*BARBITURATE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>phenobarbital oral elixir</i>	1 or 1b*	QL (100 mL per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>phenobarbital sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>phenobarbital sodium</i>)	3	
*BENZODIAZEPINE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>remimazolam besylate</i>)	4	LD
<i>estazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>flurazepam hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
HALCION ORAL TABLET (<i>triazolam</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>midazolam hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>midazolam hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.8 MG/100ML-%, 50-0.8 MG/50ML-%	3	
<i>midazolam-sodium chloride (pf) intravenous solution</i>	3	
<i>quazepam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
RESTORIL ORAL CAPSULE (<i>temazepam</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>temazepam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>triazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*HYPNOTICS - TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>doxepin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>zolpidem tartrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 3 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>zolpidem tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*OREXIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
QUVIVIQ ORAL TABLET (<i>daridorexant hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*SELECTIVE ALPHA2-ADRENORECEPTOR AGONIST SEDATIVES*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML	3	
<i>dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml</i>	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
IGALMI SUBLINGUAL FILM (<i>dexmedetomidine hcl</i>)	3	PA; QL (20 films per 30 days)
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dexmedetomidine hcl in nacl</i>)	3	
*SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION (<i>tasimelteon</i>)	4	PA; LD; QL (5 mL per 1 day)
<i>ramelteon oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tasimelteon oral capsule</i>	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
LAXATIVES - DRUGS FOR THE STOMACH		
*BOWEL EVACUANT COMBINATIONS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
CLENPIQ ORAL SOLUTION (<i>sod picosulfate-mag ox-cit acid</i>)	3	QL (350 mL per 30 days)
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	1 or 1a*; \$0	QL (1 bottle per 30 days)
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	3	QL (4000 grams per 30 days)
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	3	QL (1 gram per 30 days)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 kit per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 gram per 30 days)
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 gram per 30 days)
PEG-PREP ORAL KIT (<i>bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl</i>)	3	QL (1 kit per 30 days)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	3	QL (1 gram per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SUTAB ORAL TABLET (<i>sodium sulfate-mag sulfate-kcl</i>)	2	QL (24 tablets per 30 days)
*LAXATIVES - MISCELLANEOUS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>constulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
<i>cvs purelax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs purelax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq laxative oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gavilax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gentlelax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>glycolax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp clearlax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>healthylax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls laxaclear oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
KRISTALOSE ORAL PACKET (<i>lactulose</i>)	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
LACTULOSE ORAL PACKET	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
<i>lactulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
<i>mm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>peg 3350 oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>peg 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc natura-lax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra laxative oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sb polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>smooth lax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>smooth lax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>true laxative oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*LUBRICANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>mineral oil heavy oral oil</i>	1 or 1b*	
*SALINE LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>citrate of magnesia oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>citroma oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dulcolax milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dulcolax oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (<i>magnesium citrate</i>)	1 or 1a*; \$0	
<i>ft magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gentle laxative oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (<i>magnesium citrate</i>)	1 or 1a*; \$0	
<i>phillips milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sb magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
*STIMULANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>alophen oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>bisacodyl oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs c-lax laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eq gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ex-lax ultra oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
FLEET STIMULANT ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>bisacodyl</i>)	1 or 1a*; \$0	
<i>ft laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc gentle laxative womens oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra womens laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb gentle lax-women oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>womans laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>womens laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*LOCAL ANESTHETIC & SYMPATHOMIMETIC*** - DRUGS FOR SEDATION		
<i>articadent dental injection solution cartridge</i>	3	
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>bupivacaine-epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200000</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine-epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine-epinephrine</i>)	3	
MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine-epinephrine</i>)	3	
ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE (<i>articaine-epinephrine</i>)	3	
<i>sensorcaine/epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.25% -1:200000</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.5% -1:200000</i>	3	
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.75-1:200000 % (<i>bupivacaine-epinephrine</i>)	3	
XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine-epinephrine</i>)	3	
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine-epinephrine</i>)	3	
*LOCAL ANESTHETICS - AMIDES*** - DRUGS FOR SEDATION		
BUPIVACAINE FISIOPHARMA INJECTION SOLUTION	3	
<i>bupivacaine hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	
MARCAINE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine hcl</i>)	3	
MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine hcl</i>)	3	
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT (<i>lidocaine hcl</i>)	3	
NAROPIN INJECTION SOLUTION (<i>ropivacaine hcl</i>)	3	
<i>polocaine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>polocaine-mpf injection solution</i>	1 or 1b*	
POSIMIR INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine</i>)	3	
<i>ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine-mpf injection solution</i>	1 or 1b*	
XARACOLL IMPLANT IMPLANT (<i>bupivacaine hcl</i>)	3	
XYLOCAINE INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine hcl</i>)	3	
XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine hcl</i>)	3	
*LOCAL ANESTHETICS - ESTERS*** - DRUGS FOR SEDATION		
<i>chloroprocaine hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
NESACAINE INJECTION SOLUTION (<i>chloroprocaine hcl</i>)	3	
NESACAINE-MPF INJECTION SOLUTION (<i>chloroprocaine hcl</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MACROLIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AZITHROMYCIN*** - ANTIBIOTICS		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>azithromycin oral tablet</i>	1 or 1b*	
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX ORAL PACKET (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX ORAL TABLET (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET (<i>azithromycin</i>)	3	
*CLARITHROMYCIN*** - ANTIBIOTICS		
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>clarithromycin oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ERYTHROMYCINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>e.e.s. 400 oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ery-tab oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>erythromycin lactobionate</i>)	3	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin base oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
*FIDAXOMICIN*** - ANTIBIOTICS		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>fidaxomicin</i>)	3	QL (1 bottle per 30 days)
DIFICID ORAL TABLET (<i>fidaxomicin</i>)	3	QL (20 tablets per 1 fill)
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
*CERVICAL CAPS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (<i>cervical caps</i>)	2; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CONDOMS - FEMALE*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms - female</i>)	2; \$0	QL (12 units per 1 fill)
*CONDOMS - MALE*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>aimsco lubricated</i>	2; \$0	
<i>condoms</i>	2; \$0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
DUREX REALFEEL DEVICE (<i>condoms non-latex lubricated</i>)	2; \$0	
DUREX TROPICAL (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
FANTASY LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
KAMELEON LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
<i>kimono</i>	2; \$0	
KIMONO COLORS DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
KIMONO MAXX-LARGE FLARE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
<i>kimono micro thin</i>	2; \$0	
<i>kimono micro thin plus</i>	2; \$0	
<i>kimono plus</i>	2; \$0	
<i>kimono ps</i>	2; \$0	
<i>kimono ps plus</i>	2; \$0	
<i>kimono sensation</i>	2; \$0	
<i>kimono sensation plus</i>	2; \$0	
KIMONO SPECIAL DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
<i>maxx</i>	2; \$0	
<i>maxx plus</i>	2; \$0	
REALITY LATEX CONDOMS (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TROJAN MAGNUM (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TROJAN ULTRA THIN (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TROJAN-ENZ LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
<i>true cover device</i>	2; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX NON-LUBRICATED (<i>condoms latex non-lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX RIA LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED (<i>condoms latex non-lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
*DENTAL DESENSITIZING PRODUCTS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
REMESENSE DENTAL (<i>dental desensitizing product</i>)	3	
*DENTIFRICES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
MI PASTE DENTAL PASTE (<i>dentifrices</i>)	3	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE (<i>dentifrices</i>)	3	
*DIAPHRAGMS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm arc-spring</i>)	2; \$0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms</i>)	3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
*GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVANCED MOBILE LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 32G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AQUALANCE LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
BD MICROTAINER LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEANLET LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHEK LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COAGUCHEK LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH LANCETS 31G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ORIGINAL	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS ULTRA THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
DEXCOM G6 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (3 units per 30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	2	PA; QL (1 unit per 90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G7 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (3 sensors per 30 days)
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DRUG MART UNILET LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ENLITE GLUCOSE SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA
EQL COLOR LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL SUPER THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL THIN LANCETS 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	QL (1 sensor per 1 year)
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	QL (1 transmitter per 1 year)
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
EVERSENSE SENSOR/HOLDER (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
E-Z JECT LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FINGERSTIX LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FORA LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 kits per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 reader per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 sensors per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 sensors per 28 days)
FREESTYLE LIBRE READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOJJI STERILE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOODSENSE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (1 unit per 1 year)
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (2 units per 1 year)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
GUARDIAN SENSOR (3) (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
HY-VEE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
IHEALTH LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIBERTY MEDICAL LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITE TOUCH LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITETOUCH LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS STANDARD	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS LITE 25G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER SUPER THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
MM TWIST LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET OPD LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MONOLETTOR SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
PERFECT LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACIST CHOICE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACY COUNTER LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>pro comfort safety lancets 30g</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS MICROTHIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS ULTRA THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC LANCETS SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
READYLANCE SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REALITY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY TRIGGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RIGHTEST GL300 LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>saps health plus lancets</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
SINGLE-LET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE STANDARD LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE THIN LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMARTEST LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
STERILANCE TL (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SUPER THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 18G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SURELITE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE AST LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>true comfort safety lancets</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>twist top lancets 30g</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET CLASSIC LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA THIN LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-CARE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II AUTO LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET COMFORTOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE II (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET GP 28 ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPERLITE LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNILET SUPER-THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET ULTRA-THIN 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK PRO SAFETY LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ZEV RX TWIST TOP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
*INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 years)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 years)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
*NEEDLES & SYRINGES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>aq insulin syringe</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>aqinject pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>aum insulin safety pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>aum pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AURORA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U-500 (<i>insulin syringe/needle u-500</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BD PEN NEEDLE NANO U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CAREONE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DIATHRIVE PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET MICRON (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>easy comfort insulin syringe 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EQL INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
FIFTY50 PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL INSULIN SYRINGES	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP ULTICARE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>insulin syringe-needle u-100 27g x 1/2" 0.5 ml, 27g x 1/2" 1 ml, 28g x 1/2" 0.5 ml, 28g x 1/2" 1 ml, 30g x 1/2" 1 ml</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
KINRAY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LONGS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MARATHON MEDICAL PENTIPS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDIC INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MEIJER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MM PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pen needle/5-bevel tip</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PEN NEEDLES 5/16"	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pip pen needles 31g x 5mm</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pip pen needles 32g x 4mm</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRODIGY INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PURE COMFORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pure comfort safety pen needle</i>	3	QL (200 needles per 30 days)
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PX MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PX PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QC PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RA INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>raya sure pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>safety pen needles</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SB INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURES SAFE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURES SAFE SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>sure comfort pen needles 31g x 6 mm</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>true comfort insulin syringe 30g x 1/2" 0.5 ml, 30g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 32g x 5/16" 1 ml</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ZEVEX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ZEVEX PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>rimegepant sulfate</i>)	2	PA; QL (8 tablets per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET (<i>atogepant</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET (<i>ubrogepant</i>)	2	ST; QL (16 tablets per 30 days)
*CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
AIMOVIK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>erenumab-aooe</i>)	3	PA; QL (1 autoinjector per 28 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	3	PA; QL (3 syringes per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	3	PA; QL (1 pen per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 28 days)
*ERGOT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>migergot rectal suppository</i>	1 or 1b*	
*MIGRAINE PRODUCTS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (24 mL per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>almotriptan malate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>frovatriptan succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge</i>	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1 or 1b*	QL (5 vials per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
MINERALS & ELECTROLYTES - DRUGS FOR NUTRITION		
*BICARBONATES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
SODIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	3	
<i>sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml</i>	1 or 1b*	
<i>sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %</i>	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tromethamine</i>)	3	
*CALCIUM COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.675 GM/50ML-%, 1-0.8 GM/100ML-%, 2-0.675 GM/100ML-%	3	
*CALCIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*ELECTROLYTES & DEXTROSE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	3	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1 or 1b*	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %</i>	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-mb in dextrose</i>)	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-p in dextrose</i>)	3	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	1 or 1b*	
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	3	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-m in dextrose</i>)	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-r in dextrose</i>)	3	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*ELECTROLYTES PARENTERAL*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-s</i>)	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-s (ph 7.4)</i>)	3	
KCL (0.149%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	1 or 1b*	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	1 or 1b*	
KCL (0.298%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	1 or 1b*	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-r</i>)	3	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-r (ph 7.4)</i>)	3	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-a</i>)	3	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%	3	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	3	
<i>ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>parenteral electrolytes</i>)	3	
*FLUORIDE COMBINATIONS**** - DRUGS FOR NUTRITION		
FLORIVA ORAL LIQUID (<i>sodium fluoride-vitamin d</i>)	3	
*FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium fluoride oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*MAGNESIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*MANGANESE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>manganese chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*PHOSPHATE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sodium glycerophosphate</i>)	3	
K-PHOS ORAL TABLET (<i>potassium phosphate monobasic</i>)	2	
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET (<i>k phos mono-sod phos di & mono</i>)	3	
<i>phospha 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phosphorous oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phospho-trin 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phospho-trin k500 oral tablet</i>	1 or 1b*	
POTASSIUM PHOSPHATES INTRAVENOUS SOLUTION 15 MMOLE/5ML, 150 MMOLE/50ML	3	
<i>potassium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	1 or 1b*	
<i>potassium phosphates(66 meq k) intravenous solution</i>	3	
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>sodium phosphates intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>wes-phos 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
*POTASSIUM**** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>klor-con 10 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>klor-con oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium chloride</i>)	3	
POTASSIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/100ML, 20 MEQ/50ML, 40 MEQ/100ML	3	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride oral packet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>potassium chloride oral solution</i>	1 or 1b*	
*SODIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>aquastat intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush</i> (Aquastat Sfr Intravenous Solution)	1 or 1b*	
<i>bd posiflush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush</i> (Bd Posiflush Safes scrub Intravenous Solution)	1 or 1b*	
<i>monoject flush syringe intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>monoject sodium chloride flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>normal saline flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>saline flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush intravenous solution</i>	3	
<i>sodium chloride injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 3 %, 5 %</i>	1 or 1b*	
*TRACE MINERAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cr-cu-mn-zn</i>)	3	
MULTRYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cu-mn-se-zn</i>)	3	
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT (<i>trace minerals cr-cu-mn-se-zn</i>)	3	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cu-mn-se-zn</i>)	3	
*TRACE MINERALS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>chromic chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cupric chloride intravenous solution</i>	3	
SELENIOS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 12 MCG/2ML, 60 MCG/ML	3	
SELENIOS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 40 MCG/ML	1 or 1b*	
*ZINC*** - DRUGS FOR NUTRITION		
GALZIN ORAL CAPSULE (<i>zinc acetate (oral)</i>)	3	
<i>zinc chloride intravenous solution</i>	3	
<i>zinc sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES - VITAMINS AND MINERALS		
*ACTIVATED PHOSPHOINOSITIDE 3-KINASE DELTA SYNDROME AGENT*** - VITAMINS AND MINERALS		
JOENJA ORAL TABLET (<i>leniolisib phosphate</i>)	4; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ALLOGENEIC THYMUS TISSUE*** - VITAMINS AND MINERALS		
RETHYMIC INTRAMUSCULAR IMPLANT (<i>allogeneic thymus tissue-agdc</i>)	3	
*ANTILEPROTICS*** - VITAMINS AND MINERALS		
THALOMID ORAL CAPSULE (<i>thalidomide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
*B-LYMPHOCYTE STIMULATOR (BLYS)-SPECIFIC INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>belimumab</i>)	4	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>belimumab</i>)	4	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>belimumab</i>)	4	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
*CHELATING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET (<i>penicillamine</i>)	3	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>penicillamine oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
*CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY (CRRT) SOLUTIONS*** - VITAMINS AND MINERALS		
PHOXILLUM B22K4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PHOXILLUM BK4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-ca (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-ca (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-mg (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-ca (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BK 0/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-mg (crrt)</i>)	3	
*CYCLOSPORINE ANALOGS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	1 or 1b*	LD
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	1 or 1b*	LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cyclosporine oral capsule</i>	1 or 1b*	LD
<i>gengraf oral capsule</i>	1 or 1b*	LD
<i>gengraf oral solution</i>	1 or 1b*	LD
LUPKYNIS ORAL CAPSULE (<i>voclosporin</i>)	4	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
NEORAL ORAL CAPSULE (<i>cyclosporine modified</i>)	3	LD
NEORAL ORAL SOLUTION (<i>cyclosporine modified</i>)	3	LD
SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cyclosporine</i>)	3	LD; SP
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	3	LD
*ENZYMES*** - VITAMINS AND MINERALS		
AMPHADASE INJECTION SOLUTION (<i>hyaluronidase bovine</i>)	3	
HYLENEX INJECTION SOLUTION (<i>hyaluronidase human</i>)	3	
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>collagenase clostrid histolyt</i>)	4	PA; LD; SP
*FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (<i>lonafarnib</i>)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
*FECAL INCONTINENCE BULKING AGENT - COMBINATIONS*** - VITAMINS AND MINERALS		
SOLESTA INJECTION GEL (<i>dextranomer-sodium hyaluronate</i>)	4	LD; SP
*IMMUNE GLOBULIN IMMUNOSUPPRESSANTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lymphocyte,anti-thymo imm glob</i>)	3	LD; SP
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>anti-thymocyte glob (rabbit)</i>)	3	LD; SP
*IMMUNOMODULATORS - COMBINATIONS*** - VITAMINS AND MINERALS		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>efgartigimod alfa-hyalur-qvfc</i>)	4	PA; LD; QL (4 vials per 50 days); SP
*IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>lenalidomide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
REVLIMID ORAL CAPSULE (<i>lenalidomide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
*INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mycophenolate mofetil hcl</i>)	3	LD; SP
CELLCEPT ORAL CAPSULE (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST; LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST; LD
CELLCEPT ORAL TABLET (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST; LD
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>mycophenolate mofetil intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	1 or 1b*	LD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	LD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	1 or 1b*	LD
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	LD
<i>mycophenolic acid oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	LD
MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>mycophenolate sodium</i>)	3	LD
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST; LD
*INTERLEUKIN-6 (IL-6) ANTAGONISTS**** - VITAMINS AND MINERALS		
SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>siltuximab</i>)	4	PA; LD; SP
*IRRIGATION SOLUTIONS**** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>argyle sterile water irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>physiolyte irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>physiosol irrigation irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>ringers irrigation irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>tis-u-sol irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	1 or 1b*	
*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS**** - VITAMINS AND MINERALS		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tacrolimus</i>)	3	LD
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tacrolimus</i>)	3	LD
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	LD
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tacrolimus</i>)	2	LD; SP
PROGRAF ORAL CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	3	LD
PROGRAF ORAL PACKET (<i>tacrolimus</i>)	3	LD
RAPAMUNE ORAL SOLUTION (<i>sirolimus</i>)	3	LD
RAPAMUNE ORAL TABLET (<i>sirolimus</i>)	3	LD
<i>sirolimus oral solution</i>	1 or 1b*	LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sirolimus oral tablet</i>	1 or 1b*	LD
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1 or 1b*	LD
ZORTRESS ORAL TABLET (<i>everolimus</i>)	3	LD
*MISC NATURAL PRODUCTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
BRUSELIX ORAL TABLET (<i>misc natural products</i>)	3	
*MONOCLONAL ANTIBODIES*** - VITAMINS AND MINERALS		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>satralizumab-mwge</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>emapalumab-lzsg</i>)	3	PA; LD; SP
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>basiliximab</i>)	3	LD
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>inebilizumab-cdon</i>)	4	PA; LD; QL (30 mL per 180 days)
*NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML (<i>rozanolixizumab-noli</i>)	4	PA; LD; QL (18 vials per 63 days); SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML (<i>rozanolixizumab-noli</i>)	4	PA; LD; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION (<i>efgartigimod alfa-fcab</i>)	4	PA; LD; QL (12 vials per 50 days); SP
*PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB*** - VITAMINS AND MINERALS		
VIJOICE ORAL PACKET (<i>alpelisib</i>)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG (<i>alpelisib</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG (<i>alpelisib</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
*POTASSIUM REMOVING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM (<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>)	3	QL (34 packets per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM (<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>)	3	QL (3 packets per 1 day)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1 or 1b*	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension</i>	1 or 1b*	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM (<i>patiromer sorbitex calcium</i>)	3	QL (8 packets per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM (<i>patiromer sorbitex calcium</i>)	3	QL (1 packet per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 8.4 GM (<i>patiromer sorbitex calcium</i>)	3	QL (3 packets per 1 day)
*PROSTAGLANDINS*** - VITAMINS AND MINERALS		
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION (<i>alprostadil</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PURINE ANALOGS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>azasan oral tablet</i>	1 or 1b*	LD
<i>azathioprine oral tablet</i>	1 or 1b*	LD
AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD
IMURAN ORAL TABLET (<i>azathioprine</i>)	3	LD
*ROCK INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
REZUROCK ORAL TABLET (<i>belumosudil mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*SCLEROSING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>polidocanol</i>)	3	
ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ethanolamine oleate</i>)	3	
<i>sodium tetradecyl sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 % (<i>sodium tetradecyl sulfate</i>)	1 or 1b*	
<i>sotradecol intravenous solution 3 %</i>	1 or 1b*	
VARITHENA INTRAVENOUS FOAM (<i>polidocanol</i>)	3	
*SELECTIVE T-CELL COSTIMULATION BLOCKERS*** - VITAMINS AND MINERALS		
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>belatacept</i>)	3	PA; LD
*TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>anifrolumab-fnia</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
*UREMIC PRURITUS AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>difelikefalin acetate</i>)	3	PA
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
*ANESTHETICS TOPICAL ORAL*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>lidocaine hcl mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
*ANTI-INFECTIVES - THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>clotrimazole mouth/throat troche</i>	1 or 1b*	QL (5 tablet per 1 day)
<i>nystatin mouth/throat suspension</i>	3	QL (24 mL per 1 day)
ORAVIG BUCCAL TABLET (<i>miconazole</i>)	3	
*ANTISEPTICS - MOUTH/THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	3	QL (480 mL per 30 days)
<i>perio gard mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
*DENTAL PRODUCTS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>denta 5000 plus sensitive dental gel</i>	3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL GEL (<i>sod fluoride-potassium nitrate</i>)	3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL GEL (<i>sod fluoride-potassium nitrate</i>)	3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL GEL (<i>sod fluoride-potassium nitrate</i>)	3	
<i>sodium fluoride 5000 enamel dental gel</i>	1 or 1b*	
<i>sodium fluoride 5000 sensitive dental gel</i>	1 or 1b*	
*FLUORIDE DENTAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>clinpro 5000 dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>denta 5000 plus dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>dentagel dental gel</i>	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
<i>easygel dental gel</i>	1 or 1b*	
<i>fluoridex daily renewal mouth/throat concentrate</i>	1 or 1b*	
<i>fluoridex dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>fluoridex enhanced whitening dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>fraiche 5000 dental dental gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (3.77 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT 5000 KIDS DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (3.7 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (3.77 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (3.4 grams per 1 day)
PREVIDENT DENTAL GEL (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT MOUTH/THROAT SOLUTION (<i>sodium fluoride</i>)	3	
<i>sf 5000 plus dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sf dental gel</i>	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 plus dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*SALIVA STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>cevimeline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
EVOXAC ORAL CAPSULE (<i>cevimeline hcl</i>)	3	
<i>pilocarpine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SALAGEN ORAL TABLET (<i>pilocarpine hcl</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
*STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	1 or 1b*	
<i>oralone mouth/throat paste</i>	1 or 1b*	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</i>	1 or 1b*	
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION		
*B-COMPLEX VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex plus b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin b complex w/b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin-b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/ C & CALCIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>gnp b-complex plus vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc b-complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dialyvite 800 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql super b complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET	1 or 1b*; \$0	
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nephro vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET (<i>b complex-c-folic acid</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>renal vitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>rena-vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm b super vitamin complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
SM B-COMPLEX/VITAMIN C ORAL TABLET	2; \$0	
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super b complex/fa/vit c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/ C*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>allbee/c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b complex-c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex-c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>better b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs b complex plus c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs super b complex/c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/ C-BIOTIN-E & FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA ORAL TABLET	2; \$0	
*B-COMPLEX W/ FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/electrolytes oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>big 100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kobee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm balanced b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/BIOTIN & FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex 100 tr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-100 b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-100 complex cr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-100 tr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-50 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balance b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>balanced b-100 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-50/fa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-compleet-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-compleet-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>big 100 (biotin) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>complex b-100 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>complex b-50 prolonged release oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>endur-b oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql b complex 50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql b-100 complex oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft b-100 complex pr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp b-100 complex oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp b-50 complex oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc b50 prolonged release oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>quin b strong b-25 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra balanced b-100 cr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra balanced b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra balanced b-50 tr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super dec b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super quints b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>yl balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*MULTIPLE VITAMINS W/ IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin plus iron adult oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nat-rul daily-vite+iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress b complex/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tab-a-vite/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-iron</i>)	2; \$0	
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & CALCIUM-FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FOLGARD OS ORAL TABLET (<i>multiple vit-min-calcium-fa</i>)	3	
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FLUORIDE-IRON-FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>multi vit-min-fluoride-fe-fa</i>)	3	
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FINAZOL ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	3	
*MULTIVITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vites oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily-vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ESTROFACTORS ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; \$0	
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>multiple vitamin</i>)	3	
<i>multi vitamin oral tablet</i>	2; \$0	
MULTI VITAMIN W/D-3 ORAL TABLET	2; \$0	
<i>multiple vitamin-folic acid oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	2; \$0	
<i>multivitamin iron-free oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
NEOMULTIVITE ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>novite oral capsule</i>	1 or 1b*	
OMNICAP ORAL TABLET	2; \$0	
<i>once daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily essential oral tablet</i>	2; \$0	
<i>one daily essentials oral tablet</i>	2; \$0	
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc essentials oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
QUINTABS ORAL TABLET	2; \$0	
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress formula oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress formula/zinc/energy oral tablet</i>	2; \$0	
<i>stresstabs energy oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tab-a-vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tab-a-vite/beta carotene oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
THERA ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>thera-tabs oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
THEREMS ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>tm-daily vite oral tablet</i>	2; \$0	
<i>true daily vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>true multivitamin oral tablet</i>	2; \$0	
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitalee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
VITLIPID N ADULT INTRAVENOUS EMULSION (<i>multiple vitamin</i>)	3	
*PED MULTI VITAMINS W/FL & FE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>multi-vitamin/fluoride/iron oral solution</i>	1 or 1b*	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	3	
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PED MV W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DAVIMET-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral solution</i>	2	
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable</i>	2; \$0	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
*PED VITAMINS ACD & FA W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>ped vit a-c-d-methylfolate-fl</i>)	3	
TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION	3	
*PED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>tri-vite/fluoride oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	
*PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS & MINERALS W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ped multiple vit-minerals-fl</i>)	3	
*PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	3	
VITALIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	3	
VITLIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	3	
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA *** - DRUGS FOR NUTRITION		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ATABEX OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit w/ fe bisg-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
AZESCO ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL B-CALM ORAL (<i>prenat w/o a fecbnfeglu-fa & b6</i>)	2	QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLASSIC PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
C-NATE DHA ORAL CAPSULE	2	QL (1 capsule per 1 day)
COMPLETENATE ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL (1 tablet per 1 day)
CO-NATAL FA ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CONCEPT OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CVS PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>elite-ob oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ENBRACE HR ORAL CAPSULE (<i>prenat vit-fe gly cys-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQL PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
GNP PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>inatal gt oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
KP PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
KPN PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
MASONATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
M-NATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
MULTI PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>natal pnv oral tablet</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NATALVIT ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
NEEVO DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat w/oa-fefum-methf-omegas</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL PLUS ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>neonatal prenatal oral tablet</i>	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NESTABS DHA ORAL (<i>prenat-w/oa-fe bisgly-fa-omega</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ORAL TABLET (<i>prenat-fe bisgly-fa-w/o vit a</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NIVA-PLUS ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecbn-feasppl-fa-fish</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE ORAL TABLET (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecbn-feasppl-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET (<i>prenatal-fe cbn-fe asp gly-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecbn-feasppl-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ONE VITE WOMENS ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONE VITE WOMENS PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL ORAL (<i>prenatal vit-fe fum-fa-omega</i>)	2; \$0	QL (1 EA per 1 day)
<i>pnv prenatal plus multivit+dha oral</i>	2	QL (2 units per 1 day)
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-select oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PREGENNA ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL (W/IRON & FA) ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet chewable</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL FORTE ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg</i>	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL-U ORAL CAPSULE (<i>prenatal w/o a vit-fe fum-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ELITE ORAL TABLET (<i>prenatal-feaspgly-methylfol-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRIX ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRYL ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRIMACARE ORAL CAPSULE (<i>pren-fe-meth-fa-omeg w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
QC PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
RELNATE DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG (<i>prenat vit-fepoly-methylfol-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG (<i>prenatal vit-fe psac cmplx-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL (1 tablet per 1 day)
SM ONE DAILY PRENATAL ORAL	2; \$0	QL (1 EA per 1 day)
SM PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
TARON-C DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
THRIVITE RX ORAL TABLET	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRICARE ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET <i>trinate oral tablet</i>	2 1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE (<i>prenat w/oa-fefum-methf-omegas</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal vit-fe phos-fa-omega</i>)	2	QL (3 gummies per 1 day)
VITAFOL-OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<i>prenat-fefum-fered-fa-dha w/oa</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VIVA DHA ORAL CAPSULE (<i>prenatal vit-fe fum-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ZALVIT ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZIPHEX ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL*** - DRUGS FOR NUTRITION		
COMPLETE NATAL DHA ORAL <i>wesnatal dha complete oral</i>	2 2	QL (2 units per 1 day) QL (2 units per 1 day)
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-DHA*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CITRANATAL 90 DHA ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL ASSURE ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefmcb-dss-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecb-fefum-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ENFAMIL EXPECTA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe-methylfol-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>pnv-dha oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PNV-DHA+DOCUSATE ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PREGEN DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prena 1 true oral</i>	2	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
PRENATE DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE MINI ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecbn-feasp-meth-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB+DHA ORAL (<i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL-OB+DHA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (<i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATRUE ORAL (<i>prenat-fechel-fa-dha w/o vit a</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
*PRENATAL MV & MINERALS W/FA WITHOUT IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION		
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenat mv-min-methylfolate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*PRENATAL VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
PREMESISRX ORAL TABLET (<i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenal oral tablet chewable</i>	3	
PRENATE AM ORAL TABLET (<i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*VITAMINS W/ LIPOTROPICS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	2; \$0	
<i>b complex (lipotropics) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balance b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-50 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMPLEX B-100-INOSITOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2; \$0	
<i>cvs balanced b50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs inner ear plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ear health formula oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ear health plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
FLAVOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>lipo flavonoid plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lipoflavovit oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
LIPOTRIAD ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	2; \$0	
<i>mega multiple/chelated mineral oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nat-rul b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>risanoid plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ultra b-100 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
*CENTRAL MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carisoprodol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>metaxalone oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>orphenadrine citrate injection solution</i>	1 or 1b*	
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (<i>methocarbamol</i>)	3	
<i>tizanidine hcl oral capsule 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 6 MG (<i>tizanidine hcl</i>)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL TABLET (<i>tizanidine hcl</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*DIRECT MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>dantrolene sodium</i>)	3	
DANTRIUM ORAL CAPSULE (<i>dantrolene sodium</i>)	3	
<i>dantrolene sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>dantrolene sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>revonto intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dantrolene sodium</i>)	3	
*MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>norgesic oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>orphengesic forte oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
*RETINOIC ACID RECEPTOR GAMMA SELECTIVE AGONISTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG (<i>palovarotene</i>)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG (<i>palovarotene</i>)	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG (<i>palovarotene</i>)	4	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 2.5 MG, 5 MG (<i>palovarotene</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
*VISCOSUPPLEMENTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	4	PA; LD
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	4	PA; LD
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (<i>cross-linked hyaluronate</i>)	4	PA; LD
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	4	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	4	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	4	PA; LD
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	4	PA; LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	4	PA; LD
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	4	PA; LD
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	4	PA; LD
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	4	PA; LD
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hylan g-f 20</i>)	4	PA; LD
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hylan g-f 20</i>)	4	PA; LD
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	4	PA; LD
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL - DRUGS FOR THE NOSE		
*ANTIHISTAMINE-STEROID*** - ALLERGY		
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension</i>	3	QL (1 bottle per 30 days)
DYMISTA NASAL SUSPENSION (<i>azelastine-fluticasone</i>)	3	QL (1 bottle per 30 days)
*NASAL ANESTHETICS*** - ALLERGY		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
GOPRELTO NASAL SOLUTION	3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION (<i>cocaine hcl (nasal anesthetic)</i>)	3	
*NASAL ANTICHOLINERGICS*** - ALLERGY		
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	1 or 1b*	QL (1 mL per 1 day)
*NASAL ANTIHISTAMINES*** - ALLERGY		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 25 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 25 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
*NASAL STEROIDS*** - ALLERGY		
<i>flunisolide nasal solution</i>	3	ST; QL (3 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension</i>	1 or 1a*	QL (1 bottle per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension</i>	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL MINI NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	3	
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	3	
PROPEL NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEUROMUSCULAR AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
*ALS AGENTS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION (<i>edaravone</i>)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION (<i>edaravone</i>)	4	PA; LD; QL (1 starter kit per 1 lifetime); SP
*BENZATHIAZOLES*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>riluzole oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION (<i>riluzole</i>)	4	PA; LD; QL (40 mL per 1 day)
*DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
ANECTINE INJECTION SOLUTION (<i>succinylcholine chloride</i>)	3	
QUELICIN INJECTION SOLUTION (<i>succinylcholine chloride</i>)	3	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/5ML	3	
*FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE (<i>omaveloxolone</i>)	4	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
*MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eteplirsen</i>)	4	PA; LD
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>viltolarsen</i>)	4	PA; LD
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golodirsen</i>)	4	PA; LD
*MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION (<i>givinostat hcl</i>)	4	PA; LD; QL (12 mL per 1 day)
*NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>onabotulinumtoxinA</i>)	4	PA; LD
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>abobotulinumtoxinA</i>)	4	PA; LD; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>rimabotulinumtoxinB</i>)	4	PA; LD; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>incobotulinumtoxinA</i>)	4	PA; LD; SP
*NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>atracurium besylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cisatracurium besylate (pf) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cisatracurium besylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>rocuronium bromide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vecuronium bromide intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*RETT SYNDROME AGENTS - GLYCINE-PROLINE-GLUTAMATE ANALOGS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
DAYBUE ORAL SOLUTION (<i>trofinetide</i>)	4	PA; LD; QL (120 mL per 1 day)
*SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>risdiplam</i>)	4	PA; LD; QL (5 mg per 1 day)
NUTRIENTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*AMINO ACID MIXTURES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (<i>amino acid infusion</i>)	3	
<i>aminosyn ii intravenous solution 15 %</i>	1 or 1b*	
AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d5w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d10w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d5w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d15w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d20w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d10w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d5w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d15w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d20w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clinisol sf intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>plenamine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
*AMINO ACIDS-SINGLE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cysteine hcl</i>)	3	
*CARBOHYDRATES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %</i>	1 or 1b*	
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
*LIPIDS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emuls plant base(soy/oliv)</i>)	3	
DOJOLVI ORAL LIQUID (<i>triheptanoin</i>)	4	PA; LD; QL (2 bottles per 30 days); SP
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emulsion plant based (soy)</i>)	3	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emulsion plant based (soy)</i>)	3	
OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>fish oil triglyceride based</i>)	3	
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emul fish oil/plant based</i>)	3	
*PROTEIN-CARBOHYDRATE-LIPID WITH ELECTROLYTE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>amino ac-dext-lipid-electrolyt</i>)	3	
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>amino ac-dext-lipid-electrolyt</i>)	3	
OPHTHALMIC AGENTS - DRUGS FOR THE EYE		
*ALPHA ADRENERGIC AGONIST & CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>brinzolamide-brimonidine</i>)	2	QL (8 mL per 30 days)
*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (60 units per 30 days)
*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (0.5 mL per 1 day)
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>timolol hemihydrate</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>betaxolol hcl</i>)	2	QL (15 mL per 30 days)
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ocudose ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution 0.25 %</i>	1 or 1b*	QL (18 mL per 30 days)
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % (<i>timolol maleate</i>)	3	QL (18 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 % (<i>timolol maleate</i>)	3	QL (20 mL per 30 days)
*CYCLOPLEGIC MYDRIATIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cyclopentolate-phenylephrine</i>)	3	
MYDCOMBI OPHTHALMIC SOLUTION CARTRIDGE (<i>tropicamide-phenylephrine</i>)	3	
*CYCLOPLEGIC MYDRIATICS*** - DRUGS FOR THE EYE		
ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL (20 mL per 30 days)
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 % (<i>cyclopentolate hcl</i>)	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>cyclopentolate hcl</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
<i>cyclopentolate hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>tropicamide</i>)	3	
<i>phenylephrine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>tropicamide ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
*LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>lifitegrast</i>)	2	PA; QL (2 vial per 1 day)
*MIOTICS - CHOLINESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED (<i>echothiophate iodide</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
*MIOTICS - DIRECT ACTING*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>acetylcholine chloride</i>)	3	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION (<i>carbachol</i>)	3	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
*OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION (<i>faricimab-svoa</i>)	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>faricimab-svoa</i>)	4	PA; LD; SP
*OPHTHALMIC ANTIALLERGIC*** - DRUGS FOR ITCHY EYE		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTIBIOTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>azithromycin</i>)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 grams per 30 days)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>besifloxacin hcl</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	3	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>mitomycin intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
MITOSOL OPHTHALMIC KIT (<i>mitomycin</i>)	3	
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ofloxacin</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
<i>ofloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>tobramycin</i>)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION (<i>moxifloxacin hcl</i>)	3	QL (3 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTIFUNGAL*** - DRUGS FOR THE EYE		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>natamycin</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
<i>neo-polycin ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>polycin ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OPHTHALMIC ANTISEPTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION (<i>povidone-iodine</i>)	3	
*OPHTHALMIC ANTIVIRALS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>trifluridine ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 30 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL (<i>ganciclovir</i>)	3	QL (5 gram per 7 days)
*OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>brinzolamide ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC COMPLEMENT C3 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
SYFOVRE INTRAVITREAL SOLUTION (<i>pegcetacoplan (ophthalmic)</i>)	4	PA; LD
*OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION (<i>avacincaptad pegol</i>)	4	PA; LD; SP
*OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>ak-fluor intravenous solution 10 %</i>	1 or 1b*	
<i>ak-fluor intravenous solution 25 %</i>	3	
<i>altafluor benox ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluorescein intravenous solution</i>	1 or 1b*	
FLUORESCIN SODIUM/BENOXINATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fluorescein sodium</i>)	3	
FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>fluorexon-benoxinate</i>)	3	
*OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
XDEMVI OPHTHALMIC SOLUTION (<i>lotilaner</i>)	3	PA; QL (1 bottle per 1 fill)
*OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 vials per 1 day)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION (<i>cyclosporine</i>)	2	PA; QL (1 bottle per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION (<i>cyclosporine</i>)	2	PA; QL (2 vials per 1 day)
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION (<i>cyclosporine</i>)	3	PA; QL (120 vials per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
BSS INTRAOCULAR SOLUTION (<i>ophth irr soln-intraocular</i>)	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (<i>ophth irr soln-intraocular</i>)	3	
*OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>netarsudil-latanoprost</i>)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS*** - DRUGS FOR THE EYE		
AKTEN OPHTHALMIC GEL (<i>lidocaine hcl</i>)	3	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>proparacaine hcl</i>)	3	
IHEEZO OPHTHALMIC GEL (<i>chloroprocaine hcl</i>)	3	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>tetracaine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
*OPHTHALMIC NERVE GROWTH FACTORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cenegermin-bkbj</i>)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
*OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	QL (1 box per 30 days)
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1.7 mL per 30 days)
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bromfenac sodium</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>nepafenac</i>)	2	QL (3 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>nepafenac</i>)	3	QL (3 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>verteporfin</i>)	4	LD; QL (1 fill per 30 days); SP
*OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>riboflav5 & riboflav5-dextran</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>netarsudil dimesylate</i>)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION (<i>brimonidine tartrate</i>)	3	QL (30 mL per 30 days)
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>apraclonidine hcl</i>)	3	
*OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	3	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	3	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (7 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (15 mL per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol-tobramycin</i>)	2	QL (20 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT (<i>dexamethasone</i>)	3	
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>dexamethasone</i>)	3	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION (<i>difluprednate</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone acetate</i>)	3	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone</i>)	3	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone</i>)	3	
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	4	PA; LD; SP
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (5.6 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (10 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (7 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (30 mL per 30 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i>	1 or 1b*	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>dexamethasone</i>)	3	
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT (<i>dexamethasone</i>)	3	PA; LD; SP
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>prednisolone acetate</i>)	3	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (20 mL per 30 days)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	PA; LD; SP
TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	4	PA; LD
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	PA; LD
*OPHTHALMIC SULFONAMIDES*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC SURGICAL AIDS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION (<i>na chondroit sulf-na hyaluron</i>)	3	
DUOVISC INTRAOCULAR KIT 0.4-0.35 ML, 0.55-0.5 ML (<i>na hyalur & na chond-na hyalur</i>)	3	
OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION (<i>phenylephrine-ketorolac</i>)	3	
VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>na chondroit sulf-na hyaluron</i>)	3	
*OPHTHALMIC SURGICAL AIDS*** - DRUGS FOR THE EYE		
AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	4	LD
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (<i>hypromellose</i>)	3	
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	4	LD
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	4	LD
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	4	LD
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	4	LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	4	LD
TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>brilliant blue g</i>)	3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	3	
VISIONBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>trypan blue</i>)	3	
*OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION (<i>oxymetazoline hcl</i>)	3	PA; QL (30 containers per 30 days)
*OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cysteamine hcl</i>)	3	PA; QL (4 bottles per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cysteamine hcl</i>)	4	PA; LD; QL (60 mL per 28 days)
*PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>bimatoprost ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (<i>bimatoprost</i>)	4	PA; LD; QL (2 applicators per 1 lifetime); SP
IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION (<i>latanoprost</i>)	3	QL (30 units per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bimatoprost</i>)	2	QL (7.5 mL per 30 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (9 mL per 30 days)
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>latanoprostene bunod</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
XELPROS OPHTHALMIC EMULSION (<i>latanoprost</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>tafluprost</i>)	3	QL (9 mL per 30 days)
*VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>brolocizumab-dbll</i>)	4	PA; LD; SP
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab-nuna</i>)	4	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab-eqrn</i>)	4	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION (<i>aflibercept</i>)	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION (<i>aflibercept</i>)	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>aflibercept</i>)	4	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ranibizumab</i>)	4	PA; LD; SP
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION (<i>aflibercept-ayyh</i>)	4	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>afibercept-ayyh</i>)	4	PA
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab</i>)	4	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab</i>)	4	LD; SP
OTIC AGENTS - DRUGS FOR THE EAR		
*OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS*** - WAX REMOVAL		
<i>acetic acid otic solution</i>	1 or 1b*	
*OTIC ANALGESIC COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
PRAMOTIC OTIC LIQUID (<i>pramoxine-chloroxylenol</i>)	3	
*OTIC ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS		
CETRAXAL OTIC SOLUTION (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	3	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ciprofloxacin hcl otic solution</i>	1 or 1b*	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ofloxacin otic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
*OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i>	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 1 fill)
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution</i>	1 or 1b*	QL (28 vials per 1 fill)
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION (<i>neomycin-colist-hc-thonzonium</i>)	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution</i>	1 or 1b*	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
OTOVEL OTIC SOLUTION (<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>)	3	QL (28 vials per 1 fill)
*OTIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
DERMOTIC OTIC OIL (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	
DEX24 INTRATYMPANIC SOLUTION (<i>dexamethasone sodium phosphate</i>)	3	
<i>flac otic oil</i>	1 or 1b*	
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
OXYTOCICS - HORMONES		
*ABORTIFACIENTS/CERVICAL RIPENING - PROSTAGLANDINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>carboprost tromethamine intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>carboprost tromethamine intramuscular solution prefilled syringe</i>	3	
CERVIDIL VAGINAL INSERT (<i>dinoprostone</i>)	3	
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>carboprost tromethamine</i>)	3	
PREPIDIL VAGINAL GEL (<i>dinoprostone</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OXYTOCICS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>methergine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>methylergonovine maleate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylergonovine maleate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>oxytocin injection solution</i>	1 or 1b*	
PITOCIN INJECTION SOLUTION (<i>oxytocin</i>)	3	
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS - BIOLOGICAL AGENTS		
*ANTITOXINS-ANTIVENINS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>centruroides (scorpion) im fab</i>)	3	
ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>crotalidae immune fab (equine)</i>)	3	
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT	3	
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>crotalidae polyval immune fab</i>)	3	
*ANTIVIRAL MONOCLONAL ANTIBODIES*** - BIOLOGICAL AGENTS		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>nirsevimab-alip</i>)	4; \$0	PA; LD; QL (2 syringe per 180 days)
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML (<i>nirsevimab-alip</i>)	4; \$0	PA; LD; QL (1 syringe per 1 lifetime)
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pemivibart</i>)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>palivizumab</i>)	4	PA; LD; SP
*BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bezlotoxumab</i>)	3	PA
*IMMUNE SERUMS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>botulism immune globulin human</i>)	3	
CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vaccinia immune globulin human</i>)	3	
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-hipp</i>)	4	PA; LD; SP
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cytomegalovirus immune glob</i>)	4	LD; SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; LD; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	4	LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	4	LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	4	LD; SP
HYPERRAB INJECTION SOLUTION (<i>rabies immune globulin</i>)	4	LD; SP
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
HYPERTET INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tetanus immune globulin</i>)	3	
IMOGAM RABIES-HT INJECTION SOLUTION (<i>rabies immune globulin</i>)	4	LD; SP
KEDRAB INJECTION SOLUTION	4	LD; SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	4	LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; LD; SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>varicella-zoster immune glob</i>)	3	LD
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION (<i>rho d immune globulin</i>)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-klhw</i>)	4	PA; LD; SP
PENICILLINS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOPENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 400 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*	
<i>ampicillin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*NATURAL PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>penicillin g benzathine</i>)	3	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>penicillin g benzathine</i>)	3	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>penicillin g benzathine</i>)	3	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>pfizerpen injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*PENICILLIN COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	3	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	2	
AUGMENTIN ORAL TABLET (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	3	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>penicillin g benzathine & proc</i>)	3	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>penicillin g benzathine & proc</i>)	3	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>)	3	
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>)	3	
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>piperacillin-tazobactam in dex</i>)	3	
*PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>dicloxacillin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
PROGESTINS - HORMONES		
*PROGESTINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>norethindrone acetate</i> (Gallifrey Oral Tablet)	1 or 1b*	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>progesterone intramuscular oil</i>	1 or 1b*	
<i>progesterone oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>progesterone oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsule per 1 day)
PROVERA ORAL TABLET (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>lofexidine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
*ALCOHOL DETERRENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>disulfiram oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ANTI-CATAPLECTIC AGENTS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
<i>sodium oxybate oral solution</i>	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
XYREM ORAL SOLUTION (<i>sodium oxybate</i>)	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
*ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>)	2	QL (1 pack per 1 one-time fill)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
*ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDE (ASO) INHIBITOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
WAINUA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>eplontersen sodium</i>)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*BENZODIAZEPINES & TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet</i>	1 or 1b*	
*CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG (<i>donepezil hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ARICEPT ORAL TABLET 5 MG (<i>donepezil hcl</i>)	3	DO
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (<i>rivastigmine</i>)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 4.6 MG/24HR (<i>rivastigmine</i>)	3	ST; QL (1 gram per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (1 patch per 1 day)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (1 gram per 1 day)
*FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
SAVELLA ORAL TABLET (<i>milnacipran hcl</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL (<i>milnacipran hcl</i>)	2	QL (1 pack per 365 days)
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>bremelanotide acetate</i>)	3	PA; QL (4 autoinjectors per 30 days)
*MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
AUSTEDO ORAL TABLET (<i>deutetrabenazine</i>)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>deutetrabenazine</i>)	4	PA; LD; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
*MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>teriflunomide oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - ANTIMETABOLITES*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (<i>interferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (<i>interferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (<i>interferon beta-1b</i>)	4	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>peginterferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>peginterferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>interferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>interferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (4.2 ML per 28 days); SP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (12 syringes per 28 days); SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>ofatumumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alemtuzumab</i>)	4	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>natalizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>diroximel fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - POTASSIUM CHANNEL BLOCKERS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>dalfampridine</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour</i>	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML (<i>glatiramer acetate</i>)	4	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
*N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 7 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 21 mg, 28 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>memantine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 6 months)
<i>memantine hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET (<i>memantine hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 6 months)
*PHENOTHIAZINES & TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet</i>	1 or 1b*	AL
*POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)/NEUROPATHIC PAIN AGENTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>gabapentin (once-daily) oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 300 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	3	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 450 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	2	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 600 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET 750 MG, 900 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG (<i>pregabalin</i>)	3	PA; DO
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG (<i>pregabalin</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>fluoxetine hcl (pmd) oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fluoxetine hcl (pmd) oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
*PSEUDOBULBAR AFFECT AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE (<i>dextromethorphan-quinidine</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
*PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>ergoloid mesylates oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (10 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
*SEROTONIN 1A RECEPT AGONIST/SEROTONIN 2A RECEPT ANTAG*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ADDYI ORAL TABLET (<i>flibanserin</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID (SIRNA) AGENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>vutrisiran sodium</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 90 days); SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>patisiran sodium</i>)	4	PA; LD; QL (0.72 mL per 1 day); SP
*SMOKING DETERRENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvs nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>habitrol transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit2 mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit2 mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit4 mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit4 mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>nicotine</i>)	2; \$0	
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE (<i>nicotine polacrilex</i>)	2; \$0	
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM (<i>nicotine polacrilex</i>)	2; \$0	
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE (<i>nicotine polacrilex</i>)	2; \$0	
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM (<i>nicotine polacrilex</i>)	2; \$0	
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; \$0	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
NICOTROL INHALATION INHALER (<i>nicotine</i>)	3; \$0	QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (<i>nicotine</i>)	3; \$0	QL (4 mL per 1 day)
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra mini nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine gum mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>thrive mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*; \$0	QL (53 dose pack per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablet per 1 day)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablet per 1 day)
*SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>fingolimod hcl oral capsule</i>	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (<i>fingolimod hcl</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
PONVORY ORAL TABLET (<i>ponesimod</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ponesimod</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>ozanimod hcl</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (<i>ozanimod hcl</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>ozanimod hcl</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
*THIENBENZODIAZEPINES & OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
LYBALVI ORAL TABLET (<i>olanzapine-samidorphan</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*THIENBENZODIAZEPINES & SSRIS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
SYMBYAX ORAL CAPSULE (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>)	3	DO; AL

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*VASOMOTOR SYMPTOM AGENTS - SSRIS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>paroxetine mesylate oral capsule</i>	1 or 1b*	
RESPIRATORY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ALPHA-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	4	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	4	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	4	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	4	PA; LD; SP
*CFTR POTENTIATORS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
KALYDECO ORAL PACKET (<i>ivacaftor</i>)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET (<i>ivacaftor</i>)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
*CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	4	PA; LD; QL (2 units per 1 day)
ORKAMBI ORAL TABLET (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>tezacaftor-ivacaftor</i>)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
*CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (<i>mannitol (cystic fibrosis)</i>)	4	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (<i>mannitol (cystic fibrosis)</i>)	4	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
*HYDROLYTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (<i>dornase alfa</i>)	4	PA; LD; QL (150 mL per 30 days); SP
*PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
OFEV ORAL CAPSULE (<i>nintedanib esylate</i>)	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PULMONARY FIBROSIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
<i>pirfenidone oral capsule</i>	4	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	4	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
SULFONAMIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*SULFONAMIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	1 or 1b*	
TETRACYCLINES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOMETHYLCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>omadacycline tosylate</i>)	3	
NUZYRA ORAL TABLET (<i>omadacycline tosylate</i>)	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
*FLUOROCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>eravacycline dihydrochloride</i>)	3	
*GLYCYLCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tigecycline</i>)	3	
*TETRACYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
<i>demeclocycline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	3	ST
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (600 mL per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>minocycline hcl</i>)	3	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>mondoxylene nl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>targadox oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tetracycline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
THYROID AGENTS - HORMONES		
*ANTITHYROID AGENTS - RADIOPHARMACEUTICALS*** - DRUGS FOR THYROID		
SODIUM IODIDE I-131 ORAL SOLUTION	3	
*ANTITHYROID AGENTS*** - DRUGS FOR THYROID		
<i>methimazole oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>propylthiouracil oral tablet</i>	1 or 1b*	
*THYROID HORMONES*** - DRUGS FOR THYROID		
ADTHYZA ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	3	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	3	
CYTOMEL ORAL TABLET (<i>liothyronine sodium</i>)	3	
<i>euthyrox oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levo-t oral tablet</i>	1 or 1b*	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/5ML, 200 MCG/5ML, 500 MCG/5ML	3	
<i>levothyroxine sodium intravenous solution 100 mcg/ml</i>	3	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>levothyroxine sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>levoxyl oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>liothyronine sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>liothyronine sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>niva thyroid oral tablet</i>	3	
<i>np thyroid oral tablet</i>	1 or 1a*	
SYNTHROID ORAL TABLET (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
<i>thyroid oral tablet</i>	3	
TIROSINT ORAL CAPSULE (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
<i>unithroid oral tablet</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TOXOIDS - BIOLOGICAL AGENTS		
*TOXOID COMBINATIONS*** - VACCINES		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus-diphth-acell pertussis</i>)	3; \$0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>tetanus-diphth-acell pertussis</i>)	3; \$0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphth-acell pertussis-tetanus</i>)	3; \$0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphth-acell pertussis-tetanus</i>)	3; \$0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	3; \$0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-hepatitis b recomb-ipv</i>)	3; \$0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dtap-ipv-hib vaccine</i>)	3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	3; \$0	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>)	3; \$0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>)	3; \$0	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3; \$0	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recomb</i>)	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recomb</i>)	3	
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule</i>	1 or 1b*	
LIBRAX ORAL CAPSULE (<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>)	3	
*ANTISPASMODICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>dicyclomine hcl</i>)	3	
<i>dicyclomine hcl intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>dicyclomine hcl oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>dicyclomine hcl oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>dicyclomine hcl oral tablet</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*BELLADONNA ALKALOIDS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION	3	
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.25 MG/5ML, 0.5 MG/5ML, 1 MG/10ML	3	
ATROPINE SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*H-2 ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>cimetidine hcl oral solution</i>	3	QL (90 mL per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>famotidine (pf) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 1 day)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>famotidine premixed intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nizatidine oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 20 MG (<i>famotidine</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 40 MG (<i>famotidine</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
*MISC. ANTI-ULCER*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
CARAFATE ORAL SUSPENSION (<i>sucralfate</i>)	3	
CARAFATE ORAL TABLET (<i>sucralfate</i>)	3	
<i>sucralfate oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>sucralfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>esomeprazole magnesium oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1 or 1b*	
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>esomeprazole sodium</i>)	3	
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium-nacl intravenous solution</i>	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pantoprazole sodium</i>)	3	
*QUATERNARY ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
CUVPOSA ORAL SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
GLYCATE ORAL TABLET (<i>glycopyrrolate</i>)	3	PA
<i>glycopyrrolate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycopyrrolate oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	
GLYCOPYRROLATE ORAL TABLET 1.5 MG	3	PA
GLYCOPYRROLATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.2 MG/ML, 0.4 MG/2ML	1 or 1b*	
<i>glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.6 mg/3ml</i>	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
<i>methscopolamine bromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
*ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
HELIDAC THERAPY ORAL (<i>metronid-tetracyc-bis subsal</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
PYLERA ORAL CAPSULE (<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
*ULCER ANTI-INFECTIVE W/ PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
OMECLAMOX-PAK ORAL (<i>amoxicill-clarithro-omeprazole</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>amoxicill-rifabutin-omeprazole</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
*ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
CYTOTEC ORAL TABLET (<i>misoprostol</i>)	3	\$0 for Fully insured members in California
<i>misoprostol oral tablet</i>	1 or 1a*	\$0 for Fully insured members in California

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
*URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICHOLINERGIC)*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>solifenacin succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tolterodine tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tropium chloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>mirabegron er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>mirabegron</i>)	3	QL (3 bottles per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>mirabegron</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i>	1 or 1b*	
*URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>flavoxate hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
VACCINES - BIOLOGICAL AGENTS		
*BACTERIAL VACCINES*** - VACCINES		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	3; \$0	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3; \$0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b recomb omv adj</i>)	3; \$0	
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>anthrax vaccine adsorbed</i>)	3	
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 21-valent conjuga</i>)	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	3; \$0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>mening acy&w-135 tetanus conj</i>)	3; \$0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>meningococcal a c y&w-135 olig</i>)	3; \$0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>meningococcal a c y&w-135 olig</i>)	3; \$0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	3; \$0	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>mening acyw(tet conj)-b(rcmb)</i>)	3; \$0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal vac polyvalent</i>)	2; \$0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 20-val conj vacc</i>)	2; \$0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b vac (recomb)</i>)	3; \$0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>typhoid vi polysaccharide vacc</i>)	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>typhoid vi polysaccharide vacc</i>)	3	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>cholera vac live attenuated</i>)	3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 15-val conj vacc</i>)	2; \$0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>typhoid vaccine</i>)	2	
*VIRAL VACCINE COMBINATIONS*** - VACCINES		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>measles, mumps & rubella vac</i>)	3; \$0	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>measles, mumps & rubella vac</i>)	3; \$0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>measles-mumps-rubella-varicell</i>)	3; \$0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis a-hep b recomb vac</i>)	3; \$0	
*VIRAL VACCINES*** - VACCINES		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rsv pre-fusion f a&b vac rcmb</i>)	3; \$0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>smallpox vaccine</i>)	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine split</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rsvpref3 vac recomb adjuvanted</i>)	3; \$0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION (<i>influenza a (h5n1) subunit adj</i>)	2; \$0	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>influenza a (h5n1) subunit adj</i>)	2; \$0	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dengue virus vaccine live tetr</i>)	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>ebola zaire virus vaccine live</i>)	3	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac a&b surf ant adj</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac recombinant ha</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza vac tiss-cult subunt</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac tiss-cult subunt</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (<i>influenza virus vaccine live</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac split high-dose</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine split</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hvp 9-valent recomb vaccine</i>)	2; \$0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hvp 9-valent recomb vaccine</i>)	2; \$0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recomb adj</i>)	3; \$0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rabies virus vaccine, hdc</i>)	3	
IPOLE INJECTION INJECTABLE (<i>poliovirus vaccine inactivated</i>)	3; \$0	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chikungunya virus vaccine live</i>)	3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>japanese encephalitis vac inac</i>)	3	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>smallpox & monkeypox vac, live</i>)	3; \$0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>rsv mrna pre-f virus vaccine</i>)	3; \$0	AL; QL (1 syringe per 1 lifetime)
<i>novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe</i>	2; \$0	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
<i>pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension</i>	2; \$0	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis b vac 3-antigen rcmb</i>)	3; \$0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rabies vaccine, pcec</i>)	3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION (<i>rotavirus vaccine live oral</i>)	3; \$0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION (<i>rotavirus vac live pentavalent</i>)	3; \$0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>zoster vac recomb adjuvanted</i>)	3; \$0	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>tick-borne encephalitis vacc</i>)	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	3; \$0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>varicella virus vaccine live</i>)	3; \$0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (<i>yellow fever vaccine</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN		
*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM (<i>butoconazole nitrate (1 dose)</i>)	3	
<i>miconazole 3 vaginal suppository</i>	1 or 1b*	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>	1 or 1b*	QL (40 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal suppository</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 30 days)
*MISCELLANEOUS VAGINAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
INTRAROSA VAGINAL INSERT (<i>prasterone</i>)	3	ST; QL (1 insert per 1 day)
*SPERMICIDES*** - BIRTH CONTROL PILLS		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
TODAY SPONGE VAGINAL (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
*VAGINAL ANTI-INFECTIVES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
CLEOCIN VAGINAL CREAM (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (<i>clindamycin phosphate</i>)	2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM (<i>clindamycin phosphate (1 dose)</i>)	3	
<i>metronidazole vaginal gel</i>	1 or 1b*	
NUVESSA VAGINAL GEL (<i>metronidazole</i>)	3	
VANAZOLE VAGINAL GEL (<i>metronidazole</i>)	1 or 1b*	
XACIATO VAGINAL GEL (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	PA; QL (1 applicator per 1 fill)
*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR WOMEN		
PHEXXI VAGINAL GEL (<i>lactic ac-citric ac-pot bitart</i>)	3	\$0
*VAGINAL ESTROGENS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>estradiol vaginal cream</i>	1 or 1b*	QL (42.5 grams per 30 days)
<i>estradiol vaginal tablet</i>	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
ESTRING VAGINAL RING (<i>estradiol</i>)	3	QL (1 ring per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING (<i>estradiol acetate</i>)	3	QL (1 ring per 90 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 packs per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 packs per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (<i>estrogens, conjugated</i>)	2	QL (1 gm per 1 day)
<i>yuvafem vaginal tablet</i>	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
*VAGINAL PROGESTINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (<i>progesterone</i>)	4	LD; SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (<i>progesterone</i>)	4	PA; LD; QL (1 applicator per 1 day); SP
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT (<i>progesterone</i>)	3	PA
VASOPRESSORS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION (<i>epinephrine</i>)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>epinephrine injection solution auto-injector</i>	1 or 1b*	QL (2 pens per 1 fill)
EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT (<i>epinephrine</i>)	3	
*NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
*VASOPRESSORS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
ADRENALIN-NACL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>epinephrine-nacl</i>)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>epinephrine injection solution 10 mg/10ml</i>	3	
EPINEPHRINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/10ML	3	
EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>angiotensin ii acetate</i>)	3	
IMMPHENTIV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>norepinephrine bitartrate</i>)	3	
<i>midodrine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine hcl</i>)	3	
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	3	
VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION		
*VITAMIN A*** - DRUGS FOR NUTRITION		
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>vitamin a</i>)	3	
*VITAMIN B-1*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>thiamine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
*VITAMIN C*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ascorbic acid</i>)	3	
*VITAMIN D*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DRISDOL ORAL CAPSULE (<i>ergocalciferol</i>)	3	
<i>ergocalciferol oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit</i>	1 or 1a*	
*VITAMIN K*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>phytonadione injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>phytonadione oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>vitamin k1 injection solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 12/01/2024

Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS	182	<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i>	17	ALBUTEIN	156
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	182	<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt)</i>	17	<i>albuterol sulfate</i>	31
<i>abacavir sulfate</i>	98	<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter)</i>	17	ALBUTEROL SULFATE	31
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	95	<i>adapalene</i>	122	<i>albuterol sulfate hfa</i>	31
ABELCET	52	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	122	ALCAINE	219
ABILIFY MAINTENA	94	ADASUVE	93	<i>alclometasone dipropionate</i>	126
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE		ADCETRIS	71	ALDACTONE	135
KIT	94	ADDYI	232	ALDURAZYME	140
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	94	<i>adefovir dipivoxil</i>	99	ALECENSA	69
<i>abiraterone acetate</i>	67	ADEMPAS	108	<i>alendronate sodium</i>	136
ABLYSINOL	109	<i>adenosine</i>	29	<i>alfuzosin hcl er</i>	150
ABRAXANE	85	ADIPEX-P	13	ALIMTA	68
ABRYSVO	242	ADRENALIN	246	ALIQOPA	86
ABSORICA	122	ADRENALIN-NACL	246	<i>aliskiren fumarate</i>	61
ABSORICA LD	122	<i>adriamycin</i>	79	ALKINDI SPRINKLE	118
ACAM2000	242	ADTHYZA	237	<i>allbee/c</i>	201
<i>acamprosate calcium</i>	227	ADVANCED MOBILE LANCET	172	<i>allopurinol</i>	152
<i>acarbose</i>	43	ADVATE	152	<i>allopurinol sodium</i>	152
ACCOLATE	32	ADVOCATE INSULIN PEN		<i>almotriptan malate</i>	190
ACCRUFER	160	NEEDLE	182	<i>alogliptin benzoate</i>	44
ACCU-CHEK AVIVA PLUS	133	ADVOCATE INSULIN PEN		<i>alogliptin-metformin hcl</i>	44
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS	172	NEEDLES	182	<i>alogliptin-pioglitazone</i>	44
ACCU-CHEK GUIDE TEST	133	ADVOCATE INSULIN SYRINGE	182	<i>alophen</i>	166
ACCU-CHEK SAFE-T PRO		ADVOCATE LANCETS	172	ALOPRIM	152
LANCETS	172	ADVOCATE LANCETS 30G	172	ALORA	145
ACCU-CHEK SMARTVIEW	133	ADVOCATE SAFETY LANCETS	172	<i>alose tron hcl</i>	147
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	172	ADVOCATE SAFETY LANCETS		ALPHAGAN P	220
ACCURETIC	57	26G	172	ALPHANATE	152
<i>accutane</i>	122	ADYNOVATE	152	ALPHANINE SD	152
ACCU-TREND GLUCOSE	133	<i>adzynma</i>	152	<i>alprazolam</i>	28
<i>acebutolol hcl</i>	102	AEMCOLO	62	<i>alprazolam er</i>	28
ACETADOTE	49	<i>afirmelle</i>	111	ALPRAZOLAM INTENSOL	28
<i>acetaminophen</i>	20	AFLURIA	243	<i>alprazolam xr</i>	28
<i>acetaminophen-codeine</i>	22	AFLURIA PRESERVATIVE FREE	243	ALPROLIX	152
<i>acetazolamide</i>	134	AFSTYLA	152	<i>altafluor benox</i>	218
<i>acetazolamide er</i>	134	<i>aftera</i>	115	<i>altavera</i>	111
<i>acetazolamide sodium</i>	134	<i>afterpill</i>	115	ALTUVIIIIO	153
<i>acetic acid</i>	151, 223	AGAMATRIX ULTRA-THIN		ALUNBRIG	69, 70
<i>acetylcysteine</i>	49, 121	LANCETS	172	<i>alvimopan</i>	148
<i>acitretin</i>	124	AGGRASTAT	155	<i>alyacen 1/35</i>	111
ACTHAR	137	AGRYLIN	157	<i>alyacen 7/7/7</i>	117
ACTHAR GEL	137	AIMOVIG	189	<i>alyq</i>	108
ACTHIB	241	<i>aimSCO lubricated</i>	170	<i>amantadine hcl</i>	89
ACTIFLOVIT EAR HEALTH	209	AIMSCO TWIST LANCETS 32G	172	AMBISOME	52
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE	161	AIMSCO TWIST LANCETS 33G	172	<i>ambrisentan</i>	108
ACTI-LANCE 28G	172	AJOVY	189	<i>amcinonide</i>	126
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	172	AKEEGA	76	AMELUZ	131
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS		<i>ak-fluor</i>	218	<i>amethyst</i>	115
17G	172	AKLIEF	122	AMIDATE	149
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	172	AKOVAZ	246	<i>amikacin sulfate</i>	16
ACTIMMUNE	81	AKTEN	219	<i>amiloride hcl</i>	135
ACTIVASE	158	AKYNZEO	51	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	134
ACTIVELLA	144	AKYNZEO (READY-TO-USE)	51	<i>aminocaproic acid</i>	161
ACTONEL	136	AKYNZEO (TO-BE-DILUTED)	51	<i>aminophylline</i>	33
ACULAR	219	<i>ala-cort</i>	126	AMINOSYN II	214
ACULAR LS	219	<i>albendazole</i>	27	<i>aminosyn ii</i>	214
ACUVAIL	219	ALBUKED 25	156	AMINOSYN-PF	214
<i>acyclovir</i>	100, 125, 126	ALBUKED 5	156	AMINOSYN-PF 7%	214
<i>acyclovir sodium</i>	100	ALBUMIN HUMAN	156	<i>amiodarone hcl</i>	30
ADACEL	238	ALBUMINEX	156	<i>amitriptyline hcl</i>	42
ADAKVEO	160	ALBUMIN-ZLB	156	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	57
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i>	17	ALBURX	156	<i>amlodipine besylate</i>	103

<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	59	APTIOM	36	ASSURE LANCE LANCETS 21G	172
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	106	APTIVUS	97	ASSURE LANCE PLUS SAFETY	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	59	<i>aq insulin syringe</i>	182	25G	172
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	60	<i>aqinject pen needle</i>	182	ASSURE LANCE PLUS SAFETY	
AMMONUL	143	AQUALANCE LANCETS 30G	172	30G	172
<i>amnesteem</i>	122	AQUASOL A	247	ASSURE LANCE SAFETY LANCET	
AMNIOFIX	132	<i>aquastat</i>	193	28G	172
AMNIOTEXT	132	Aquastat Sfr	193	ASTAGRAF XL	196
AMONDYS 45	213	ARAKODA	66	ATABEX EC	205
<i>amoxapine</i>	42	ARALAST NP	235	ATABEX OB	205
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	240	<i>aranelle</i>	117	<i>atazanavir sulfate</i>	97
<i>amoxicillin</i>	225	ARANESP (ALBUMIN FREE)	159	ATELVIA	136
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	226	ARAVA	20	<i>atenolol</i>	102
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	226	ARAZLO	122	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	61
AMPHADASE	195	ARCALYST	18	ATGAM	195
AMPHENOL-40	132	AREXVY	243	<i>atomoxetine hcl</i>	12
<i>amphetamine sulfate</i>	12	<i>arformoterol tartrate</i>	31	<i>atorvastatin calcium</i>	56
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	12	ARGATROBAN	35	<i>atovaquone</i>	62
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	12	ARGATROBAN IN SODIUM		<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	65
<i>amphet-dextroamphet 3-bead er</i>	12	CHLORIDE	35	<i>atracurium besylate</i>	213
<i>amphotericin b</i>	52	<i>argyle sterile saline</i>	151	ATROPINE SULFATE	216, 239
<i>amphotericin b liposome</i>	52	<i>argyle sterile water</i>	196	ATROVENT HFA	32
<i>ampicillin</i>	225	ARICEPT	228	<i>aubra eq</i>	111
<i>ampicillin sodium</i>	225	ARIKAYCE	16	AUDENZ	243
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	226	<i>aripiprazole</i>	94	AUGMENTIN	226
AMPYRA	230	ARISTADA	94, 95	AUGMENTIN ES-600	226
AMVISC	221	ARISTADA INITIO	94	AUGTYRO	79
AMVUTTRA	232	ARIXTRA	35	<i>aum insulin safety pen needle</i>	182
<i>anagrelide hcl</i>	157	<i>armodafinil</i>	14	AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	182
ANALPRAM-HC	27	ARMOUR THYROID	237	<i>aum pen needle</i>	182
ANAPROX DS	18	ARNUITY ELLIPTA	33	AUM READYGARD DUO PEN	
ANASCORP	224	AROMASIN	81	NEEDLE	182
<i>anastrozole</i>	81	ARRANON	68	AUM SAFETY PEN NEEDLE	182
ANAVIP	224	<i>arsenic trioxide</i>	81	AURORA LANCET SUPER THIN	
ANCOBON	52	ARTESUNATE	66	30G	172
ANDEXXA	49	<i>articadent dental</i>	167	AURORA LANCET THIN 23G	172
ANECTINE	213	ARTISS	161	AURORA PEN NEEDLES	182
ANESTHESIA S/I-40A	149	ARZERRA	70	<i>aurovela 1.5/30</i>	111
ANESTHESIA S/I-40H	149	ASCLERA	198	<i>aurovela 1/20</i>	112
ANESTHESIA S/I-40S	149	<i>ascomp-codeine</i>	22	<i>aurovela 24 fe</i>	112
ANGELIQ	144	ASCOR	247	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	112
ANGIOMAX	35	<i>asenapine maleate</i>	93	<i>aurovela fe 1/20</i>	112
ANKTIVA	81	<i>ashlyna</i>	116	AURYXIA	149
ANNOVERA	115	ASPARLAS	81	AUSTEDO	228
ANORO ELLIPTA	30	<i>aspirin</i>	21	AUSTEDO XR	228
<i>anti-oxidant</i>	203	<i>aspirin 81</i>	20	AUSTEDO XR PATIENT	
ANTIVENIN LATRODECTUS		<i>aspirin adult low dose</i>	20	TITRATION	229
MACTANS	224	<i>aspirin adult low strength</i>	20	AVASTIN	88
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS	224	<i>aspirin childrens</i>	20	<i>aviane</i>	112
ANTIVERT	51	<i>aspirin ec adult low dose</i>	20	AVITENE	161
ANUSOL-HC	27	<i>aspirin ec low dose</i>	20	AVITENE FLOUR	162
ANZEMET	50	<i>aspirin ec low strength</i>	20	AVONEX PEN	229
APADAZ	25	<i>aspirin low dose</i>	21	AVONEX PREFILLED	229
<i>apap-caff-dihydrocodeine</i>	22	<i>aspirin regimen</i>	21	AVSOLA	149
APHEXDA	158	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	157	AVYCAZ	109
APOKYN	90	ASPRUZYO SPRINKLE	27	<i>ayuna</i>	112
<i>apomorphine hcl</i>	90	ASSURE COMFORT LANCETS 28G	172	AYVAKIT	78
APONVIE	51	ASSURE ID DUO PRO PEN		<i>azacitidine</i>	68
<i>apraclonidine hcl</i>	220	NEEDLES	182	AZACTAM	65
<i>aprepitant</i>	52	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	182	<i>azasan</i>	198
APRETUDE	97	ASSURE ID SAFETY PEN		AZASITE	217
<i>apri</i>	111	NEEDLES	182	<i>azathioprine</i>	198
APRISO	147	ASSURE LANCE LANCETS	172	AZATHIOPRINE SODIUM	198

<i>azelaic acid</i>	131	<i>bd heparin posiflush</i>	34	BEXSERO.....	241
<i>azelastine hcl</i>	212, 217	BD INSULIN SYR ULTRAFINE II....	182	BEYAZ.....	112
<i>azelastine-fluticasone</i>	212	BD INSULIN SYRINGE.....	182	BEYFORTUS.....	224
AZESCO.....	205	BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT	.....	<i>bicalutamide</i>	68
AZILECT.....	89	.....	182	BICILLIN C-R.....	226
<i>azithromycin</i>	169	BD INSULIN SYRINGE	.....	BICILLIN C-R 900/300.....	226
<i>aztreonam</i>	65	MICROFINE.....	182	BICILLIN L-A.....	226
AZULFIDINE.....	147	BD INSULIN SYRINGE U/F.....	182	BIDIL.....	107
AZULFIDINE EN-TABS.....	147	BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT	.....	<i>big 100</i>	201
<i>azurette</i>	111	.....	182	<i>big 100 (biotin)</i>	202
<i>b complex (lipotropics)</i>	209	BD INSULIN SYRINGE U-500.....	182	BIJUVA.....	144
<i>b complex 100 tr</i>	201	BD INSULIN SYRINGE	.....	BIKTARVY.....	95
<i>b complex formula 1 (lipotrop)</i>	209	ULTRAFINE.....	182	BILTRICIDE.....	27
<i>b complex formula 1 (w/ fa)</i>	201	BD MICROTAINER LANCETS.....	172	<i>bimatoprost</i>	131, 222
<i>b complex-b12</i>	200	BD PEN NEEDLE MICRO U/F.....	182	BINOSTO.....	136
<i>b complex-c</i>	201	BD PEN NEEDLE MINI U/F.....	182	BIORPHEN.....	246
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA.....	201	BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN.....	182	BIOTHRAX.....	241
<i>b complex-c-folic acid</i>	200	BD PEN NEEDLE NANO U/F.....	183	<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>	240
<i>b-100 b-complex</i>	201	BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F....	183	<i>bisacodyl</i>	167
<i>b-100 complex cr</i>	201	BD PEN NEEDLE SHORT U/F.....	183	<i>bisacodyl ec</i>	166
<i>b-100 tr</i>	201	<i>bd posiflush</i>	193	<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>	240
<i>b-50 complex</i>	201	Bd Posiflush Safescrub.....	193	<i>bisoprolol fumarate</i>	102
BABYBIG.....	224	BD SAFETYGLIDE INSULIN	.....	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	61
<i>bac</i>	20	SYRINGE.....	183	<i>bivalirudin trifluoroacetate</i>	35
<i>bacitracin</i>	217	BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT	.....	<i>bleomycin sulfate</i>	79
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	217	.....	183	BLINCYTO.....	73
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	220	BD VEO INSULIN SYRINGE U/F....	183	<i>blisovi 24 fe</i>	112
<i>baclofen</i>	210	BELBUCA.....	25	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	112
BACTRIM.....	62	BELEODAQ.....	76	<i>blisovi fe 1/20</i>	112
BACTRIM DS.....	62	BELRAPZO.....	67	BLOXIVERZ.....	66
<i>balance b-100</i>	209	<i>benazepril hcl</i>	58	BONJESTA.....	51
<i>balance b-50</i>	201	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	57	BOOSTRIX.....	238
<i>balanced b complex</i>	201	<i>bendamustine hcl</i>	67	<i>bortezomib</i>	78
<i>balanced b-100</i>	201, 202	BENDEKA.....	67	<i>bosentan</i>	108
<i>balanced b-50 complex</i>	209	BENEFIX.....	153	BOSULIF.....	73
<i>balanced b-50/fa</i>	202	BENLYSTA.....	194	BOTOX.....	213
BALCOLTRA.....	112	BENTYL.....	238	BOTOX COSMETIC.....	128
BALFAXAR.....	153	BENZALKONIUM CHLORIDE.....	95	BRAFTOVI.....	73
<i>balsalazide disodium</i>	147	BENZHYDROCODONE-	.....	BREO ELLIPTA.....	30
BALVERSA.....	75	ACETAMINOPHEN.....	25	BREVIBLOC.....	102
<i>balziva</i>	112	BENZNIDAZOLE.....	27	BREVIBLOC IN NACL.....	102
BANZEL.....	36	<i>benzonatate</i>	120	BREVIBLOC PREMIXED.....	102
BAQSIMI ONE PACK.....	43	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	122	BREVIBLOC PREMIXED DS.....	102
BAQSIMI TWO PACK.....	43	<i>benzphetamine hcl</i>	13	BREVITAL SODIUM.....	150
BARACLUDGE.....	99	<i>benztropine mesylate</i>	89	BREXAFEMME.....	52
BARHEMSYS.....	51	BEOVU.....	222	Breyna.....	30
BAVENCIO.....	72	BERINERT.....	154	BREZTRI AEROSPHERE.....	30
BAXDELA.....	145, 146	BESIVANCE.....	217	BRIDION.....	49
<i>bayer aspirin ec low dose</i>	21	BESPONSA.....	71	<i>briellyn</i>	112
<i>bayer low dose</i>	21	BESREMI.....	81	BRILINTA.....	155
BCG VACCINE.....	241	BETADINE OPHTHALMIC PREP....	218	<i>brimonidine tartrate</i>	131, 220
<i>b-compleet-100</i>	202	<i>betaine</i>	139	<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	215
<i>b-compleet-50</i>	202	<i>betamethasone dipropionate</i>	126	<i>brinzolamide</i>	218
<i>b-complex</i>	202	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	126	BRIVIACT.....	36
<i>b-complex (folic acid)</i>	201	<i>betamethasone valerate</i>	126	BRIXADI.....	25
<i>b-complex balanced</i>	200	BETASERON.....	229	BRIXADI (WEEKLY).....	25
<i>b-complex plus b-12</i>	200	<i>betaxolol hcl</i>	102, 215	<i>bromfenac sodium</i>	219
<i>b-complex/b-12</i>	200	<i>bethanechol chloride</i>	241	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	219
<i>b-complex/electrolytes</i>	201	BETHKIS.....	16	<i>bromocriptine mesylate</i>	89
<i>b-complex/vitamin c</i>	200	BETIMOL.....	215	BROMSITE.....	219
<i>b-complex-c</i>	201	BETOPTIC-S.....	215	BRONCHITOL.....	235
<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	200	<i>better b complex</i>	201	BRONCHITOL TOLERANCE TEST.....	235
BD AUTOSHIELD DUO.....	182	<i>bexarotene</i>	87, 133	BROVANA.....	31

BRUKINSA.....	74	CAPRELSA.....	77	CEFACTOR ER.....	110
BRUSELIX.....	197	<i>captopril</i>	58	<i>cefadroxil</i>	109
BSS.....	219	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	57	<i>cefazolin sodium</i>	109
BSS PLUS.....	219	CAPVAXIVE.....	241	CEFAZOLIN SODIUM.....	109
<i>budesonide</i>	27, 33, 118	CARAC.....	124	CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE.....	110
<i>budesonide er</i>	118	CARAFATE.....	239	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	110
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	30	<i>carbamazepine</i>	36	<i>cefdinir</i>	110
<i>bumetanide</i>	134	<i>carbamazepine er</i>	36	<i>cefepime hcl</i>	111
BUMEX.....	134	<i>carbidopa</i>	90	CEFEPIME HCL.....	111
BUPIVACAINE FISIOPHARMA.....	168	<i>carbidopa-levodopa</i>	90	CEFEPIME-DEXTROSE.....	111
<i>bupivacaine hcl (pf)</i>	168	<i>carbidopa-levodopa er</i>	90	<i>cefixime</i>	110
<i>bupivacaine-epinephrine</i>	167	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	90	CEFOTAN.....	110
<i>bupivacaine-epinephrine (pf)</i>	167	<i>carbinoxamine maleate</i>	54	<i>cefotaxime sodium</i>	110
<i>buprenorphine</i>	25	<i>carbinoxamine maleate er</i>	54	<i>cefotetan disodium</i>	110
<i>buprenorphine hcl</i>	25	<i>carboplatin</i>	67	<i>cefoxitin sodium</i>	110
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	25	<i>carboprost tromethamine</i>	223	CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE.....	110
<i>bupropion hcl</i>	40	CARDENE IV.....	103	<i>cefpodoxime proxetil</i>	110
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	232	CARDIZEM.....	103	<i>cefprozil</i>	110
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	40	CARDURA.....	61	<i>ceftazidime</i>	110
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	40	CARDURA XL.....	150	<i>ceftriaxone sodium</i>	110, 111
<i>buspirone hcl</i>	28	CAREFINE PEN NEEDLES.....	183	CEFTRIAOXONE SODIUM.....	110
<i>busulfan</i>	67	CAREONE INSULIN SYRINGE.....	183	<i>ceftriaxone sodium in dextrose</i>	110
BUSULFEX.....	67	CAREONE LANCET SUPER THIN		CEFTRIAOXONE SODIUM-	
<i>butalbital-acetaminophen</i>	20	30G.....	172	DEXTROSE.....	111
<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	22	CAREONE LANCET THIN 23G.....	172	<i>cefuroxime axetil</i>	110
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	20	CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS		<i>cefuroxime sodium</i>	110
<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	22	.....	183	<i>celecoxib</i>	18
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	20	CARESENS LANCETS.....	172	CELESTONE SOLUSPAN.....	120
<i>butorphanol tartrate</i>	25	CARESENS LANCETS 30G.....	172	CELLCEPT.....	195, 196
BYFAVO.....	163	CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	183	CELLCEPT INTRAVENOUS.....	195
BYLVAY.....	147	CARETOUCH PEN NEEDLES.....	183	CELLUGEL.....	221
BYLVAY (PELLETS).....	147	CARETOUCH SAFETY LANCETS.....	172	CELONTIN.....	39
BYOOVIZ.....	222	CARETOUCH SAFETY LANCETS		<i>cephalexin</i>	110
CABENUVA.....	95	26G.....	172	CEPROTIN.....	156
<i>cabergoline</i>	137	CARETOUCH TWIST LANCETS		CERDELGA.....	158
CABLIVI.....	154	28G.....	172	CEREBYX.....	39
CABOMETYX.....	77	CARETOUCH TWIST LANCETS		CEREZYME.....	158
CADUET.....	106	30G.....	172	CERVIDIL.....	223
<i>caffeine citrate</i>	13	CARETOUCH TWIST LANCETS		<i>cetirizine hcl</i>	54
<i>calcipotriene</i>	125	33G.....	173	CETRAXAL.....	223
<i>calcipotriene-betameth diprop</i>	133	CARETOUCH TWIST MC		<i>cetorelix acetate</i>	138
<i>calcitonin (salmon)</i>	137	LANCETS 30G.....	173	CETROTIDE.....	138
<i>calcitrene</i>	125	<i>carglumic acid</i>	139	<i>cevimeline hcl</i>	200
<i>calcitriol</i>	125, 139	<i>carisoprodol</i>	210	<i>charlotte 24 fe</i>	112
<i>calcium acetate</i>	149	<i>carmustine</i>	86	<i>chateal eq</i>	112
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	149	CARNITOR.....	137	CHEMET.....	49
CALCIUM GLUCONATE.....	190	CARNITOR SF.....	137	<i>childrens aspirin</i>	21
CALCIUM GLUCONATE-NACL.....	190	CAROSPIR.....	135	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	63
CALDOLOR.....	18	<i>carteolol hcl</i>	215	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	28
CALQUENCE.....	74	<i>cartia xt</i>	103	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	228
CAMCEVI.....	84	<i>carvedilol</i>	101	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	238
<i>camila</i>	117	<i>carvedilol phosphate er</i>	101	<i>chlorhexidine gluconate</i>	198
CAMPTOSAR.....	87	CASODEX.....	68	<i>chloroprocaine hcl (pf)</i>	168
<i>camrese</i>	116	CASPOFUNGIN ACETATE.....	52	<i>chloroquine phosphate</i>	66
<i>camrese lo</i>	116	CATAPRES-TTS-1.....	60	<i>chlorothiazide sodium</i>	135
CAMZYOS.....	107	CATAPRES-TTS-2.....	61	<i>chlorpromazine hcl</i>	93
CANASA.....	147	CATAPRES-TTS-3.....	61	CHLORPROMAZINE HCL.....	93
CANCIDAS.....	52	CATHFLO ACTIVASE.....	158	<i>chlorthalidone</i>	135
<i>candesartan cilexetil</i>	60	CAVERJECT.....	107	<i>chlorzoxazone</i>	210
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	59	CAVERJECT IMPULSE.....	107	CHOLBAM.....	146
CAPCOF.....	121	CAYA.....	171	<i>cholestyramine</i>	55
<i>capecitabine</i>	68	CAYSTON.....	65	<i>cholestyramine light</i>	55
CAPLYTA.....	91	<i>cefaclor</i>	110	CHORIONIC GONADOTROPIN.....	141

CHOSEN LANCETS 30G.....	173	<i>clindamycin hcl</i>	64	COMBIPATCH.....	144
CHOSEN LANCING DEVICE.....	173	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	64	COMBIVENT RESPIMAT.....	30
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G... 173		<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	122	COMBOGESIC.....	18
<i>chromic chloride</i>	193	<i>clindamycin phosphate</i>	64, 121, 245	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	77
<i>ciclodan</i>	123	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	64	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	77
<i>ciclopirox</i>	123	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN		COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)... 77	
<i>ciclopirox olamine</i>	123	NACL.....	64	COMFORT ASSIST INSULIN	
<i>cidofovir</i>	99	<i>clindamycin-tretinoin</i>	122	SYRINGE.....	183
<i>cilostazol</i>	156	CLINDESSE.....	245	COMFORT ASSURED LANCETS	
CILOXAN.....	217	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)....	214	28G.....	173
CIMDUO.....	96	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)..	214	COMFORT ASSURED LANCETS	
CIMERLI.....	222	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)....	214	33G.....	173
<i>cimetidine</i>	239	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....	214	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	183
<i>cimetidine hcl</i>	239	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	214	COMFORT EZ MICRO PEN	
<i>cinacalcet hcl</i>	136	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10).....	214	NEEDLES.....	183
CINQAIR.....	32	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14).....	214	COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	183
CINRYZE.....	154	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	214	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	183
CINVANTI.....	52	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	214	COMFORT EZ SHORT PEN	
CIPRO.....	146	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	214	NEEDLES.....	183
<i>ciprofloxacin hcl</i>	146, 217, 223	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	214	COMFORT TOUCH INSULIN PEN	
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	146	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5).....	214	NEED.....	183
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	223	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10).....	214	COMFORT TOUCH LANCETS 31G.....	173
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i>	223	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14).....	214	COMFORT TOUCH PLUS	
<i>cisatracurium besylate</i>	214	<i>clinisol sf</i>	215	LANCETS 28G.....	173
<i>cisatracurium besylate (pf)</i>	214	CLINOLIPID.....	215	COMFORT TOUCH PLUS	
<i>cisplatin</i>	67	<i>clinpro 5000</i>	199	LANCETS 30G.....	173
CISPLATIN.....	67	<i>clobazam</i>	35	COMFORT TOUCH TWIST	
<i>citalopram hydrobromide</i>	41	<i>clobetasol propionate</i>	126, 127	LANCET 30G.....	173
CITRANATAL 90 DHA.....	208	<i>clobetasol propionate e</i>	126	COMIRNATY.....	243
CITRANATAL ASSURE.....	208	<i>clobetasol propionate emulsion</i>	126	COMPLETE NATAL DHA.....	208
CITRANATAL B-CALM.....	205	<i>clocortolone pivalate</i>	127	COMPLETENATE.....	206
CITRANATAL HARMONY.....	208	<i>clodan</i>	127	<i>complex b-100</i>	202
CITRANATAL MEDLEY.....	208	<i>clofarabine</i>	68	COMPLEX B-100-INOSITOL.....	210
<i>citrate of magnesia</i>	166	CLOMID.....	141	<i>complex b-50 prolonged release</i>	202
<i>citroma</i>	166	<i>clomipramine hcl</i>	42	<i>compro</i>	93
<i>cladribine</i>	68	<i>clonazepam</i>	35	CO-NATAL FA.....	206
<i>claravis</i>	122	<i>clonidine</i>	61	CONCEPT DHA.....	206
CLARINEX.....	54	<i>clonidine hcl</i>	61	CONCEPT OB.....	206
CLARINEX-D 12 HOUR.....	120	<i>clonidine hcl er</i>	12	<i>condoms</i>	170
<i>clarithromycin</i>	169	<i>clopidogrel bisulfate</i>	157	CONDYLOX.....	130
<i>clarithromycin er</i>	169	<i>clorazepate dipotassium</i>	28	CONJUPRI.....	103
CLASSIC PRENATAL.....	206	<i>clotrimazole</i>	129, 198	<i>constulose</i>	165
CLEANLET LANCETS 28G.....	173	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	123	COPASIL.....	131
<i>clearlax</i>	165	<i>clozapine</i>	92, 93	COPAXONE.....	231
CLEMASTINE FUMARATE.....	54	C-NATE DHA.....	206	COPIKTRA.....	86
<i>clemastine fumarate</i>	54	CNJ-016.....	224	CORIFACT.....	153
CLENPIQ.....	164	COAGADEX.....	153	CORLANOR.....	109
CLEOCIN.....	64, 245	COAGUCHEK LANCETS.....	173	CORTEF.....	118
CLEOCIN PHOSPHATE.....	64	<i>coal tar</i>	132	CORTENEMA.....	27
CLEOCIN-T.....	121	COARTEM.....	65	CORTIFOAM.....	27
CLEVER CHEK LANCETS.....	173	COCAINE HCL.....	212	CORTISPORIN-TC.....	223
CLEVER CHOICE COMFORT EZ		CODEINE SULFATE.....	22	CORTROPHIN.....	137
.....	173, 183	<i>codeine sulfate</i>	22	CORVERT.....	30
CLEVER CHOICE LANCETS 21G....	173	CODITUSSIN AC.....	120	COSELA.....	85
CLEVER CHOICE LANCETS 23G....	173	CODITUSSIN DAC.....	120	COSENTYX.....	124
CLEVER CHOICE LANCETS 28G....	173	<i>colchicine</i>	152	COSENTYX (300 MG DOSE).....	124
CLEVIPREX.....	103	<i>colchicine-probenecid</i>	152	COSENTYX SENSOREADY (300	
CLICKFINE PEN NEEDLES.....	183	<i>colesevelam hcl</i>	55	MG).....	124
CLIMARA.....	145	COLESTID.....	55	COSENTYX SENSOREADY PEN....	124
CLIMARA PRO.....	144	<i>colestipol hcl</i>	55	COSENTYX UNOREADY.....	124
Clindacin.....	121	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	65	COTELLIC.....	76
<i>clindacin etz</i>	121	COLUMVI.....	73	CREON.....	134
<i>clindacin-p</i>	121	COLY-MYCIN M.....	65	CRESEMBA.....	53

CRINONE.....	246	<i>dacarbazine</i>	81	DEPO-PROVERA.....	116
CROFAB.....	224	<i>dactinomycin</i>	79	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	116
<i>cromolyn sodium</i>	31, 146, 217	<i>daily multiple vitamins</i>	203	DEPO-TESTOSTERONE.....	26
<i>crotan</i>	131	<i>daily value multivitamin</i>	203	DERMOTIC.....	223
<i>cryselle-28</i>	112	<i>daily vitamins</i>	203	DESCOVY.....	96
CRYSVITA.....	144	<i>daily vite</i>	203	DESFERAL.....	49
<i>cupric chloride</i>	193	<i>daily vite multivitamin/iron</i>	202	<i>desflurane</i>	150
CURAE.....	115	<i>daily vites</i>	203	<i>desipramine hcl</i>	42
<i>curity sterile saline</i>	151	<i>daily-vite</i>	203	<i>desloratadine</i>	54
CUTAQUIG.....	224	<i>daily-vite multivitamin</i>	203	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	143
CUVPOSA.....	240	<i>dalfampridine er</i>	230	<i>desmopressin acetate</i>	143, 144
<i>cvs aspirin adult low dose</i>	21	DALIRESP.....	33	DESMOPRESSIN ACETATE.....	143
<i>cvs aspirin adult low strength</i>	21	DALVANCE.....	63	<i>desmopressin acetate pf</i>	144
<i>cvs aspirin ec</i>	21	<i>danazol</i>	26	<i>desmopressin acetate spray</i>	144
<i>cvs aspirin low dose</i>	21	DANTRIUM.....	211	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	111
<i>cvs aspirin low strength</i>	21	<i>dantrolene sodium</i>	211	<i>desonide</i>	127
<i>cvs b complex plus c</i>	201	DANYELZA.....	71	<i>desoximetasone</i>	127
<i>cvs balanced b50</i>	210	<i>dapagliflozin pro-metformin er</i>	47	DESVENLAFAXINE ER.....	41
<i>cvs c-lax laxative</i>	167	<i>dapagliflozin propanediol</i>	47	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	41, 42
<i>cvs folic acid</i>	159	<i>dapsone</i>	64, 121	DEX24.....	223
<i>cvs gentle laxative</i>	167	DAPTACEL.....	238	DEXABLISS.....	118
<i>cvs gentle laxative womens</i>	167	DAPTOMYCIN.....	63	<i>dexamethasone</i>	118
<i>cvs inner ear plus</i>	210	<i>daptomycin-sodium chloride</i>	63	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	118
CVS LANCETS 21G.....	173	DARAPRIM.....	66	<i>dexamethasone sod phos +rfd</i>	118
CVS LANCETS MICRO THIN 33G..	173	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	241	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	118
CVS LANCETS ORIGINAL.....	173	<i>darunavir</i>	97	DEXAMETHASONE SOD	
CVS LANCETS THIN 26G.....	173	DARZALEX.....	71	PHOSPHATE PF.....	118
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G..	173	DARZALEX FASPRO.....	80	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G..	173	<i>dasatinib</i>	73	.....	118, 220
<i>cvs magnesium citrate</i>	166	<i>dasetta 1/35</i>	112	DEXAMETHASONE SODIUM	
<i>cvs milk of magnesia</i>	166	<i>dasetta 7/7/7</i>	117	PHOSPHATE.....	118
<i>cvs nicotine</i>	232	DAUNORUBICIN HCL.....	79	DEXCOM G6 RECEIVER.....	173
<i>cvs nicotine polacrilex</i>	232	DAURISMO.....	75	DEXCOM G6 SENSOR.....	173
CVS PRENATAL.....	206	DAVIMET-FLUORIDE.....	205	DEXCOM G6 TRANSMITTER.....	173
<i>cvs purelax</i>	165	DAXXIFY.....	128	DEXCOM G7 RECEIVER.....	173
<i>cvs super b complex/c</i>	201	DAYBUE.....	214	DEXCOM G7 SENSOR.....	173
CVS ULTRA THIN LANCETS.....	173	DAYPRO.....	18	DEXMEDETOMIDINE HCL.....	164
<i>cyanocobalamin</i>	158	<i>daysee</i>	116	<i>dexmedetomidine hcl</i>	164
CYANOKIT.....	49	DDAVP.....	143	<i>dexmedetomidine hcl in nacl</i>	164
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	210	DDAVP PF.....	143	DEXMEDETOMIDINE HCL-	
CYCLOGYL.....	216	<i>deblitane</i>	117	DEXTROSE.....	164
CYCLOMYDRIL.....	216	<i>decitabine</i>	68	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	14
<i>cyclopentolate hcl</i>	216	<i>deferasirox</i>	49	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	14
<i>cyclophosphamide</i>	85	<i>deferasirox granules</i>	49	<i>dexrazoxane</i>	82
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	85	<i>deferiprone</i>	49	<i>dexrazoxane hcl</i>	82
<i>cycloserine</i>	66	<i>deferoxamine mesylate</i>	49	DEXTENZA.....	220
CYCLOSET.....	44	DEFITELIO.....	157	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	12
<i>cyclosporine</i>	195, 218	DEFLUX.....	151	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	12
<i>cyclosporine modified</i>	194	DELESTROGEN.....	145	<i>dextrose</i>	215
CYGNUS DUAL.....	132	DELSTRIGO.....	96	DEXTROSE.....	215
CYKLOKAPRON.....	161	<i>delyla</i>	112	DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48	
<i>cyproheptadine hcl</i>	54	DELZICOL.....	147	.....	190
CYRAMZA.....	88	<i>demeclocycline hcl</i>	236	<i>dextrose in lactated ringers</i>	190
<i>cyred eq</i>	112	DEMEROL.....	22	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE..	190
CYSTADANE.....	139	DEMSEER.....	59	<i>dextrose-sodium chloride</i>	190
CYSTADROPS.....	222	DENAVIR.....	126	DEXYCU.....	220
CYSTAGON.....	150	DENGVAXIA.....	243	DHIVY.....	90
CYSTARAN.....	222	<i>denta 5000 plus</i>	199	DIACOMIT.....	36
<i>cytarabine</i>	68	<i>denta 5000 plus sensitive</i>	199	<i>dialyvite 800</i>	200
<i>cytarabine (pf)</i>	68	<i>dentagel</i>	199	DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN	
CYTOGAM.....	224	DEPEN TITRATABS.....	194	30.....	173
CYTOMEL.....	237	DEPO-ESTRADIOL.....	145	DIATHRIVE LANCETS.....	173
CYTOTEC.....	240	DEPO-MEDROL.....	118	DIATHRIVE PEN NEEDLE.....	183

<i>diazepam</i>	29, 35	DOVATO	96	DYSPORT	213
<i>diazepam intensol</i>	29	<i>doxazosin mesylate</i>	61	<i>e.e.s. 400</i>	169
<i>diazoxide</i>	43	<i>doxepin hcl</i>	42, 124, 163	<i>ear health formula</i>	210
DIBENZYLINE	59	<i>doxercalciferol</i>	139	<i>ear health plus</i>	210
<i>dichlorphenamide</i>	134	DOXIL	80	EASY COMFORT INSULIN	
<i>diclofenac potassium</i>	18	<i>doxorubicin hcl</i>	80	SYRINGE	184
<i>diclofenac sodium</i>	18, 124, 219	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	80	<i>easy comfort insulin syringe</i>	184
<i>diclofenac sodium er</i>	18	<i>doxy 100</i>	236	EASY COMFORT LANCETS	174
<i>diclofenac-misoprostol</i>	18	<i>doxycycline hyclate</i>	236	EASY COMFORT LANCETS TWIST	
<i>dicloxacillin sodium</i>	226	<i>doxycycline monohydrate</i>	236	TOP	174
<i>dicyclomine hcl</i>	238	<i>doxylamine-pyridoxine</i>	51	EASY COMFORT PEN NEEDLES ...	184
<i>diethylpropion hcl</i>	13	DRISDOL	247	EASY GLIDE PEN NEEDLES	184
<i>diethylpropion hcl er</i>	13	<i>dronabinol</i>	51	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	
DIFICID	169	<i>droperidol</i>	28	SY	184
<i>diflorasone diacetate</i>	127	DROPLET INSULIN SYRINGE	183	EASY TOUCH INSULIN SAFETY	
DIFLUCAN	53	DROPLET LANCETS ULTRA THIN		SYR	184
<i>diflunisal</i>	21	30G	173	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.	184
<i>difluprednate</i>	220	DROPLET MICRON	183	EASY TOUCH LANCETS 21G	174
DIGIFAB	49	DROPLET PEN NEEDLES	183	EASY TOUCH LANCETS 23G	174
<i>digoxin</i>	106	DROPLET PERSONAL LANCETS		EASY TOUCH LANCETS 26G	174
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	189	30G	173	EASY TOUCH LANCETS 28G	174
DILANTIN	39	DROPSAFE SAFETY PEN		EASY TOUCH LANCETS	
DILANTIN INFATABS	39	NEEDLES	184	28G/TWIST	174
DILANTIN-125	39	DROPSAFE SAFETY		EASY TOUCH LANCETS 30G	174
DILAUDID	22	SYRINGE/NEEDLE	184	EASY TOUCH LANCETS	
<i>diltiazem hcl</i>	104	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	112	30G/TWIST	174
DILTIAZEM HCL	104	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	112	EASY TOUCH LANCETS 32G	174
<i>diltiazem hcl er</i>	104	DROXIA	158	EASY TOUCH LANCETS	
<i>diltiazem hcl er beads</i>	103	<i>droxidopa</i>	246	32G/TWIST	174
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	103	DRUG MART LANCETS THIN 26G.	173	EASY TOUCH LANCETS	
<i>dilt-xr</i>	104	DRUG MART ON-THE-GO LANCET		33G/TWIST	174
DIMENHYDRINATE	51	30G	173	EASY TOUCH PEN NEEDLES	184
<i>dimethyl fumarate</i>	230	DRUG MART UNIFINE PENTIPS ...	184	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	230	DRUG MART UNIFINE PENTIPS		21G	174
DIPENTUM	147	PLUS	184	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	
<i>diphenhydramine hcl</i>	54	DRUG MART UNILET LANCETS		23G	174
<i>diphenoxylate-atropine</i>	48	28G	174	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	
DIPRIVAN	149	DRUG MART UNILET LANCETS		26G	174
<i>dipyridamole</i>	157	30G	174	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	
DISCOVISC	221	DRUG MART UNILET LANCETS		28G	174
<i>disopyramide phosphate</i>	29	33G	174	EASY TOUCH SAFETY PEN	
<i>disulfiram</i>	227	DSUVIA	23	NEEDLES	184
DIURIL	135	DUAVEE	145	EASY TOUCH SHEATHLOCK	
<i>divalproex sodium</i>	39, 40	DUETACT	48	SYRINGE	184
<i>divalproex sodium er</i>	39	<i>dulcolax</i>	166	<i>easygel</i>	199
DIVIGEL	145	<i>dulcolax milk of magnesia</i>	166	<i>ec-naproxen</i>	18
<i>dobutamine hcl</i>	106	<i>duloxetine hcl</i>	42	<i>econazole nitrate</i>	129
DOBUTAMINE-DEXTROSE	106	DUOBRII	133	<i>econtra one-step</i>	115
DOCETAXEL	85	DUOPA	90	<i>ecotrin low strength</i>	21
DOCIVYX	85	DUOVISC	221	ECOZA	129
<i>dodex</i>	158	DUPIXENT	126	EDARBI	60
<i>dofetilide</i>	30	<i>duramorph</i>	23	EDARBYCLOR	59
DOJOLVI	215	DUREX EXTRA SENSITIVE THIN ..	170	EDECIN	134
<i>dolishale</i>	115	DUREX REALFEEL	170	<i>edetate calcium disodium</i>	49
<i>donepezil hcl</i>	228	DUREX TROPICAL	170	EDEX	107
DOPAMINE HCL	106	DUREZOL	220	EDLUAR	163
DOPAMINE-DEXTROSE	106	DUROLANE	211	EDURANT	98
DOPRAM	13	DURYSTA	222	<i>efavirenz</i>	98
DOPTELET	161	<i>dutasteride</i>	150	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	96
<i>dorzolamide hcl</i>	218	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	151	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	96
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	215	DUVYZAT	213	EFUDEX	124
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	215	<i>dyclopro</i>	130	EGRIFTA SV	138
<i>dotti</i>	145	DYMISTA	212	ELAHERE	80

ELAPRASE.....	140	<i>entacapone</i>	90	ERTACZO.....	129
ELCYS.....	215	<i>entecavir</i>	99	<i>ertapenem sodium</i>	63
ELELYSO.....	158	ENTRESTO.....	107	ERVEBO.....	243
ELEPSIA XR.....	36	ENTYVIO.....	148	<i>ery</i>	121
ELESTRIN.....	145	<i>enulose</i>	148	ERYGEL.....	122
<i>eletriptan hydrobromide</i>	190	ENVARBUS XR.....	196	<i>ery-tab</i>	169
ELFABRIO.....	137	EPANED.....	58	ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	169
ELIGARD.....	84	EPCLUSA.....	100	<i>erythromycin</i>	122, 169, 217
<i>elinet</i>	112	EPHEDRINE SULFATE		<i>erythromycin base</i>	169
ELIQUIS.....	34	(PRESSORS).....	246	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	169
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK...34		EPICORD.....	132	<i>erythromycin lactobionate</i>	169
ELITEK.....	82	EPIDIOLEX.....	36	<i>escitalopram oxalate</i>	41
<i>elite-ob</i>	206	EPIFIX.....	132	ESKATA.....	131
ELIXOPHYLLIN.....	33	EPIFIX MICRONIZED.....	132	<i>esmolol hcl</i>	102
ELLA.....	115	EPIFOAM.....	132	ESMOLOL HCL.....	102
ELLENCE.....	80	<i>epinastine hcl</i>	217	<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>	102
ELMIRON.....	151	<i>epinephrine</i>	246	<i>esomeprazole magnesium</i>	239
ELOCTATE.....	153	EPINEPHRINE.....	246	<i>esomeprazole sodium</i>	239
ELREXFIO.....	73	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	246	ESPEROCT.....	153
<i>eluryng</i>	115	EPINEPHRINE PF.....	246	<i>estarylla</i>	112
ELZONRIS.....	81	EPINEPHRINESNAP.....	246	<i>estazolam</i>	163
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN		<i>epitol</i>	36	<i>estradiol</i>	145, 245
30G.....	174	EPIVIR.....	98	<i>estradiol valerate</i>	145
EMBRACE PEN NEEDLES.....	184	EPKINLY.....	73	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	144
EMBRACE PRESSURE		<i>eplerenone</i>	61	Estratest H.S.....	144
ACTIVATED 21G.....	174	EPOGEN.....	159	ESTRING.....	245
EMBRACE PRESSURE		<i>epoprostenol sodium</i>	107	ESTROFACTORS.....	203
ACTIVATED 28G.....	174	<i>eptifibatide</i>	155	ESTROGEL.....	145
EMEND.....	52	<i>eq aspirin adult low dose</i>	21	<i>eszopiclone</i>	163
EMERPHED.....	246	<i>eq aspirin low dose</i>	21	<i>ethacrynate sodium</i>	134
EMGALITY.....	189	<i>eq clearlax</i>	165	<i>ethacrynic acid</i>	134
EMGALITY (300 MG DOSE).....	189	<i>eq gentle laxative</i>	167	<i>ethambutol hcl</i>	66
EMPAVELI.....	155	<i>eq laxative</i>	165	ETHAMOLIN.....	198
EMPLICITI.....	72	<i>eq magnesium citrate</i>	166	<i>ethosuximide</i>	39
EMSAM.....	40	<i>eq nicotine</i>	232	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	112
<i>emtricitabine</i>	98	<i>eq nicotine polacrilex</i>	232	<i>etodolac</i>	18
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	96	<i>eq nicotine step 3</i>	232	<i>etodolac er</i>	18
EMTRIVA.....	98	<i>eql aspirin low dose</i>	21	<i>etomidate</i>	149
EMVERM.....	27	<i>eql b complex 50</i>	202	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	115
Emzahh.....	117	<i>eql b-100 complex</i>	202	ETOPOPHOS.....	85
<i>enalapril maleate</i>	58	<i>eql clearlax</i>	165	<i>etoposide</i>	85
<i>enalaprilat</i>	58	EQL COLOR LANCETS 21G.....	174	<i>etravirine</i>	98
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	57	EQL COLOR LANCETS MICRO 33G		EUCRISA.....	131
ENBRACE HR.....	206	.....	174	EUFLEXXA.....	211
ENBREL.....	20	<i>eql gentle laxative</i>	167	EULEXIN.....	68
ENBREL MINI.....	20	EQL INSULIN SYRINGE.....	184	<i>euthyrox</i>	237
ENBREL SURECLICK.....	20	<i>eql laxative</i>	167	EVAMIST.....	145
ENCARE.....	245	<i>eql magnesium citrate</i>	166	EVENTITY.....	142
ENDO AVITENE.....	162	EQL PRENATAL FORMULA.....	206	<i>everolimus</i>	77, 196
<i>endocet</i>	25	<i>eql super b complex/vitamin c</i>	200	EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER	
ENDOMETRIN.....	246	EQL SUPER THIN LANCETS 30G...174		.....	174
<i>endur-b</i>	202	EQL THIN LANCETS 26G.....	174	EVERSENSE 365 SMART	
ENFAMIL EXPECTA.....	208	EQUETRO.....	91	TRANSMIT.....	174
ENGERIX-B.....	243	ERAXIS.....	52	EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	174
ENHERTU.....	80	ERBITUX.....	74	EVERSENSE E3 SMART	
Enilloring.....	115	<i>ergocalciferol</i>	247	TRANSMITTER.....	174
ENJAYMO.....	155	<i>ergoloid mesylates</i>	232	EVERSENSE SENSOR/HOLDER.....	174
ENLITE GLUCOSE SENSOR.....	174	<i>ergotamine-caffeine</i>	189	EVERSENSE SMART	
<i>enoxaparin sodium</i>	35	<i>eribulin mesylate</i>	85	TRANSMITTER.....	174
<i>enpresse-28</i>	117	ERIVEDGE.....	75	EVISTA.....	142
<i>enskyce</i>	112	ERLEADA.....	68	EVKEEZA.....	55
ENSPRYNG.....	197	<i>erlotinib hcl</i>	74	EVOMELA.....	86
ENSTILAR.....	133	<i>errin</i>	117	EVOTAZ.....	96

EVOXAC.....	200	FERRIPROX TWICE-A-DAY.....	49	FLUORESCEIN	
EVRYSDI.....	214	FERRLECIT.....	160	SODIUM/BENOXINATE.....	218
EXELDERM.....	129	<i>ferumoxyl</i>	160	<i>fluorescein-benoxinate</i>	218
EXELON.....	228	<i>fesoterodine fumarate er</i>	241	FLUORESCITE.....	218
<i>exemestane</i>	81	FETROJA.....	111	<i>fluoridex</i>	199
<i>ex-lax ultra</i>	167	FETZIMA.....	42	<i>fluoridex daily renewal</i>	199
EXONDYS 51.....	213	FETZIMA TITRATION.....	42	<i>fluoridex enhanced whitening</i>	199
EXTENCILLINE.....	226	FIBRICOR.....	56	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF.....	199
EYLEA.....	222	FIBRYGA.....	153	<i>fluorometholone</i>	220
EYLEA HD.....	222	FIFTY50 PEN NEEDLES.....	184	<i>fluorouracil</i>	69, 124
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN		FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS.....	175	<i>fluoxetine hcl</i>	41
33G.....	174	FIFTY50 SUPERIOR COMFORT		FLUOXETINE HCL.....	41
E-Z JECT LANCET SUPER THIN		SYR.....	184	<i>fluoxetine hcl (pmd)</i>	232
30G.....	174	FIFTY50 UNILET LANCETS 33G.....	175	<i>fluphenazine decanoate</i>	93
E-Z JECT LANCETS.....	174	FILSPARI.....	151	<i>fluphenazine hcl</i>	93, 94
E-Z JECT LANCETS 21G.....	175	FILSUVEZ.....	133	<i>flurandrenolide</i>	127
E-Z JECT LANCETS THIN 26G.....	175	FINACEA.....	131	FLURA-SAFE.....	218
<i>ezetimibe</i>	56	<i>finasteride</i>	133, 150	<i>flurazepam hcl</i>	163
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	56	FINAZOL.....	203	<i>flurbiprofen</i>	18
EZ-LETS LANCETS 21G.....	175	FINGERSTIX LANCETS.....	175	<i>flurbiprofen sodium</i>	219
EZ-LETS LANCETS 26G.....	175	<i>ingolimod hcl</i>	234	<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>	30
EZ-LETS LANCETS 28G.....	175	FINTEPLA.....	36	<i>fluticasone propionate</i>	127, 212
EZ-LETS LANCETS 30G.....	175	Finzala.....	112	<i>fluticasone propionate diskus</i>	33
<i>fa-8</i>	159	FIRDAPSE.....	66	<i>fluticasone propionate hfa</i>	33
FABHALTA.....	155	FIRMAGON.....	83	<i>fluticasone-salmeterol</i>	30
FABRAZYME.....	137	FIRMAGON (240 MG DOSE).....	83	<i>fluvastatin sodium</i>	56
<i>falmina</i>	112	FIRVANQ.....	63	<i>fluvoxamine maleate</i>	41
<i>famciclovir</i>	100	<i>flac</i>	223	<i>fluvoxamine maleate er</i>	41
<i>famotidine</i>	239	FLAGYL.....	62	FLUZONE.....	243
<i>famotidine (pf)</i>	239	FLAREX.....	220	FLUZONE HIGH-DOSE.....	243
<i>famotidine premixed</i>	239	FLAVOVIT EAR HEALTH.....	210	FML FORTE.....	220
FANAPT.....	91	<i>flavoxate hcl</i>	241	FML LIQUIFILM.....	220
FANAPT TITRATION PACK.....	91	<i>flecainide acetate</i>	29	<i>focinvez</i>	52
FANTASY LUBRICATED.....	170	FLEET STIMULANT.....	167	<i>folate</i>	159
FANTASY		FLEXBUMIN.....	156	FOLGARD OS.....	203
LUBRICATED/SPERMICIDE.....	170	FLOLAN.....	107	<i>folic acid</i>	159
FARESTON.....	68	FLORAFOL PEDIATRIC.....	205	FOLIVANE-OB.....	206
FARXIGA.....	47	FLORAXIS.....	48	FOLOTYN.....	69
FASENRA.....	32	FLORIVA.....	191, 205	<i>foltabs 800</i>	159
FASENRA PEN.....	32	FLORIVA PLUS.....	205	<i>fomepizole</i>	49
FASLODEX.....	82	<i>floxuridine</i>	68	<i>fondaparinux sodium</i>	35
FC2 FEMALE CONDOM.....	170	FLUAD.....	243	FORA LANCETS.....	175
<i>febuxostat</i>	152	FLUARIX.....	243	FORANE.....	150
FEIBA.....	153	FLUBLOK.....	243	<i>formaldehyde</i>	95
<i>felbamate</i>	38	FLUCELVAX.....	243	<i>formoterol fumarate</i>	31
<i>felodipine er</i>	104	<i>fluconazole</i>	53	FORTEO.....	141
FEMARA.....	82	FLUCONAZOLE IN SODIUM		FOSAMAX.....	136
FEMCAP.....	169	CHLORIDE.....	53	FOSAMAX PLUS D.....	136
FEMLYV.....	112	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	53	<i>fosamprenavir calcium</i>	97
FEMRING.....	245	<i>flucytosine</i>	52	<i>fosaprepitant dimeglumine</i>	52
<i>fenofibrate</i>	55, 56	<i>fludarabine phosphate</i>	68	<i>foscarnet sodium</i>	99
<i>fenofibrate micronized</i>	55	<i>fludrocortisone acetate</i>	120	FOSCAVIR.....	99
<i>fenofibric acid</i>	56	FLULAVAL.....	243	<i>fosfomycin tromethamine</i>	65
FENOGLIDE.....	56	<i>flumazenil</i>	50	<i>fosinopril sodium</i>	58
FENSOLVI (6 MONTH).....	140	FLUMIST.....	243	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	58
<i>fentanyl</i>	23	<i>flunisolide</i>	212	<i>fosphenytoin sodium</i>	39
<i>fentanyl citrate</i>	23	<i>fluocinolone acetonide</i>	127, 223	FOSRENOL.....	149
FENTANYL CITRATE (PF).....	23	<i>fluocinolone acetonide body</i>	127	FOTIVDA.....	77
<i>fentanyl citrate (pf)</i>	23	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	127	FRAGMIN.....	35
<i>fentanyl citrate pf</i>	23	<i>fluocinonide</i>	127	<i>fraiche 5000 dental</i>	199
FENTANYL CITRATE PF.....	23	<i>fluocinonide emulsified base</i>	127	FREESTYLE LANCETS.....	175
FERAHEME.....	160	<i>fluorescein</i>	218	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
FERRIPROX.....	49			READER.....	175

FREESTYLE LIBRE 14 DAY			
SENSOR.....	175		
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS			
SENSOR.....	175		
FREESTYLE LIBRE 2 READER.....	175		
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR.....	175		
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS			
SENSOR.....	175		
FREESTYLE LIBRE 3 READER.....	175		
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR.....	175		
FREESTYLE LIBRE READER.....	175		
FREESTYLE UNISTICK II			
LANCETS.....	175		
<i>fresenius propoven</i>	149		
FRESKARO MAGNESIUM			
CITRATE.....	166		
<i>frovatriptan succinate</i>	190		
FRUZAQLA.....	88		
<i>ft aspirin</i>	21		
<i>ft aspirin low dose</i>	21		
<i>ft b-100 complex pr</i>	202		
<i>ft clearlax</i>	165		
<i>ft folic acid</i>	159		
<i>ft laxative</i>	167		
<i>ft magnesium citrate</i>	166		
<i>ft milk of magnesia</i>	166		
<i>ft nicotine</i>	232		
<i>ft nicotine mini</i>	232		
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C.....	200		
<i>fulvestrant</i>	82		
FUNGIMEZ.....	123		
FUROSCIX.....	134		
<i>furosemide</i>	135		
FUZEON.....	97		
FYARRO.....	77		
<i>fyavolv</i>	144		
FYCOMPA.....	35		
<i>fyremadel</i>	138		
<i>g tussin ac</i>	120		
<i>gabapentin</i>	36		
<i>gabapentin (once-daily)</i>	231		
GALAFOLD.....	137		
<i>galantamine hydrobromide</i>	228		
<i>galantamine hydrobromide er</i>	228		
Gallifrey.....	227		
GALZIN.....	193		
GAMASTAN.....	224		
GAMIFANT.....	197		
GAMUNEX-C.....	224		
GANCICLOVIR.....	99		
GANCICLOVIR SODIUM.....	99		
<i>ganciclovir sodium</i>	99		
GANIRELIX ACETATE.....	138		
GARDASIL 9.....	243		
GASTROCROM.....	146		
<i>gatifloxacin</i>	217		
GATTEX.....	147		
<i>gavilax</i>	165		
GAVILYTE-C.....	164		
<i>gavilyte-g</i>	164		
Gavilyte-N With Flavor Pack.....	164		
GAVRETO.....	78		
GAZYVA.....	70		
<i>gefitinib</i>	74		
GELFILM.....	162		
GEL-FLOW NT.....	162		
GELFOAM.....	162		
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100			
.....	162		
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4.....	162		
GELFOAM SPONGE.....	162		
GELFOAM SPONGE SIZE 100.....	162		
GELFOAM SPONGE SIZE 200.....	162		
GELFOAM SPONGE SIZE 50.....	162		
GEL-ONE.....	211		
GELSYN-3.....	211		
GEMCITABINE HCL.....	69		
<i>gemcitabine hcl</i>	69		
<i>gemfibrozil</i>	56		
<i>gemmily</i>	112		
<i>generlac</i>	148		
<i>gengraf</i>	195		
GENOTROPIN.....	138		
GENOTROPIN MINIQUICK.....	138		
<i>gentamicin in saline</i>	16		
<i>gentamicin sulfate</i>	16, 123, 217		
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH			
LANCET.....	175		
<i>gentle laxative</i>	166, 167		
<i>gentlelax</i>	165		
GENVOYA.....	96		
GEODON.....	91		
GIAPREZA.....	246		
GILENYA.....	234		
GILOTRIF.....	74		
GIMOTI.....	146		
GIVLAARI.....	152		
GLASSIA.....	235		
<i>glatiramer acetate</i>	231		
<i>glatopa</i>	231		
GLEOSTINE.....	86		
GLIADEL WAFER.....	86		
<i>glimepiride</i>	47		
<i>glipizide</i>	47, 48		
<i>glipizide er</i>	47		
<i>glipizide xl</i>	48		
<i>glipizide-metformin hcl</i>	47		
GLOBAL EASE INJECT PEN			
NEEDLES.....	184		
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN			
SYR.....	184		
GLOBAL EASY GLIDE PEN			
NEEDLES.....	184		
GLOBAL INJECT EASE INSULIN			
SYR.....	184		
GLOBAL INJECT EASE LANCETS			
28G.....	175		
GLOBAL INJECT EASE LANCETS			
30G.....	175		
GLOBAL INSULIN SYRINGES.....	184		
GLOPERBA.....	152		
GLUCAGON EMERGENCY.....	43		
GLUCOCOM LANCETS 28G.....	175		
GLUCOCOM LANCETS 30G.....	175		
GLUCOCOM LANCETS 33G.....	175		
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE.....	184		
<i>glyburide</i>	48		
<i>glyburide micronized</i>	48		
<i>glyburide-metformin</i>	47		
GLYCATE.....	240		
<i>glycine</i>	151		
<i>glycine urologic</i>	151		
<i>glycolax</i>	165		
GLYCOPHOS.....	192		
<i>glycopyrrolate</i>	240		
GLYCOPYRROLATE.....	240		
GLYCOPYRROLATE PF.....	240		
<i>glycopyrrolate pf</i>	240		
<i>glydo</i>	130		
GLYRX-PF.....	240		
GLYXAMBI.....	47		
<i>gnp adult aspirin low strength</i>	21		
<i>gnp aspirin</i>	21		
<i>gnp aspirin low dose</i>	21		
<i>gnp b-100 complex</i>	202		
<i>gnp b-50 complex</i>	202		
<i>gnp b-complex plus vitamin c</i>	200		
<i>gnp clearlax</i>	165		
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES.....	184		
<i>gnp essential one daily</i>	203		
<i>gnp folic acid</i>	159		
<i>gnp gentle laxative</i>	167		
GNP INSULIN SYRINGE.....	184		
GNP INSULIN SYRINGES.....	184		
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2"			
.....	184		
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2"			
.....	184		
GNP INSULIN SYRINGES			
30GX5/16".....	185		
GNP INSULIN SYRINGES			
31GX5/16".....	185		
GNP LANCETS 21G.....	175		
GNP LANCETS THIN 26G.....	175		
<i>gnp magnesium citrate</i>	166		
<i>gnp milk of magnesia</i>	166		
<i>gnp nicotine</i>	233		
<i>gnp nicotine mini</i>	233		
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	233		
GNP PRENATAL.....	206		
GNP STERILE LANCETS 28G.....	175		
GNP STERILE LANCETS 30G.....	175		
GNP STERILE LANCETS 33G.....	175		
GNP ULTICARE PEN NEEDLES.....	185		
GNP ULTIGUARD SAFEPAK			
NEEDLE.....	185		
GNP ULTRA COM INSULIN			
SYRINGE.....	185		
<i>gnp womens gentle laxative</i>	167		
GOCOVRI.....	89		
<i>gohibic</i>	155		
GOJJI STERILE LANCETS.....	175		
GOLYTELY.....	164		
GONAL-F.....	141		
GONAL-F RFF.....	141		
GONAL-F RFF REDIJECT.....	141		
<i>goodsense aspirin</i>	21		
<i>goodsense aspirin low dose</i>	21		
<i>goodsense bisacodyl ec</i>	167		

<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	167	<i>haloperidol decanoate</i>	92	<i>hm clearlax</i>	165
<i>goodsense clearlax</i>	165	<i>haloperidol lactate</i>	92	<i>hm milk of magnesia</i>	166
GOODSENSE CLICKFINE PEN		<i>harviva hp</i>	129	<i>hm nicotine polacrilex</i>	233
NEEDLE	185	HARVONI	100	HM ULTICARE INSULIN SYRINGE	185
GOODSENSE COLOR LANCETS		HAVRIX	243	HM ULTICARE MINI PEN	
33G	175	HEALON DUET PRO	221	NEEDLES	185
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV	175	HEALON GV PRO	221	HM ULTICARE SHORT PEN	
GOODSENSE LANCETS 30G	176	HEALON PRO	221	NEEDLES	185
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV	176	HEALON5 PRO	221	<i>holixia</i>	129
GOODSENSE LANCETS 33G	176	HEALTHWISE INSULIN		<i>holizar</i>	129
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV	176	SYR/NEEDLE	185	<i>honista</i>	129
<i>goodsense magnesium citrate</i>	166	HEALTHWISE MICRON PEN		<i>hovitra</i>	129
<i>goodsense milk of magnesia</i>	166	NEEDLES	185	<i>hovyn</i>	130
<i>goodsense nicotine</i>	233	HEALTHWISE SHORT PEN		HUMALOG	44, 45
GOODSENSE PEN NEEDLE		NEEDLES	185	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	44
PENFINE	185	<i>healthy hair/skin/nails</i>	203	HUMALOG KWIKPEN	44
GOPRELTO	212	<i>healthylax</i>	165	HUMALOG MIX 50/50	44
GRALISE	231	<i>heather</i>	117	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	44
<i>granisetron hcl</i>	50	<i>h-e-b aspirin</i>	21	HUMALOG MIX 75/25	45
GRANIX	159, 160	H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	176	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	45
GRASTEK	15	H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	176	HUMATE-P	153
<i>griseofulvin microsize</i>	52	H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	176	HUMATIN	16
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	53	H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES	185	HUMATROPE	138
<i>guaifenesin-codeine</i>	120	H-E-B INCONTROL UNIFINE		HUMIRA (2 PEN)	17
<i>guanfacine hcl</i>	61	PENTIP	185	HUMIRA (2 SYRINGE)	17
<i>guanfacine hcl er</i>	12	HECTOROL	139	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER	17
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR ..	176	HELIDAC THERAPY	240	HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT	
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	176	HEMABATE	223	STARTER	17
GUARDIAN CONNECT		HEMADY	118	HUMULIN 70/30	45
TRANSMITTER	176	HEMANGEOL	102	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	45
GUARDIAN LINK 3		HEMLIBRA	152	HUMULIN N	45
TRANSMITTER	176	HEMOPIL M	153	HUMULIN N KWIKPEN	45
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE		<i>hementara hp</i>	129	HUMULIN R	45
PED	176	<i>hentis</i>	129	HUMULIN R U-500	
GUARDIAN SENSOR (3)	176	<i>hentis hp</i>	129	(CONCENTRATED)	45
GUARDIAN SENSOR 3	176	HEPAGAM B	224	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	45
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	44	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	34	HYALGAN	211
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	44	HEPARIN (PORCINE) IN NAACL	34	HYCAMTIN	87
GVOKE KIT	44	<i>heparin na (pork) lock flsh pf</i>	34	HYCODAN	120
GVOKE PFS	44	HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W ..	34	<i>hydralazine hcl</i>	62
GYNAZOLE-1	245	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	34	HYDREA	81
<i>habitrol</i>	233	<i>heparin sod (pork) lock flush</i>	34	<i>hydrochlorothiazide</i>	135
HAEGARDA	154	<i>heparin sodium (porcine)</i>	34	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	121
HAEMOLANCE	176	HEPARIN SODIUM (PORCINE)	34	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	23
HAEMOLANCE LOW FLOW		<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	34	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	120
LANCETS	176	HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF ..	34	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	22
HAEMOLANCE PLUS	176	HEPLISAV-B	244	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	22
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW	176	HEPZATO W/50MM CATHETER	86	<i>hydrocortisone</i>	27, 119, 128
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW	176	HEPZATO W/62MM CATHETER	86	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	27
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW	176	HER STYLE	115	<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	27
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC		HERCEPTIN	71	<i>hydrocortisone butyrate</i>	128
FLOW	176	HERCEPTIN HYLECTA	80	<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	119
<i>hailey 1.5/30</i>	112	HERZUMA	71	<i>hydrocortisone valerate</i>	128
<i>hailey 24 fe</i>	112	<i>hetastarch-nacl</i>	156	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	223
<i>hailey fe 1.5/30</i>	112	HETLIOZ LQ	164	<i>hydromet</i>	120
<i>hailey fe 1/20</i>	112	<i>hevona</i>	129	<i>hydromorphone hcl</i>	23
HALAVEN	85	HEXATRIONE	119	<i>hydromorphone hcl er</i>	23
<i>halcinonide</i>	127	HEXTEND	156	HYDROMORPHONE HCL PF	23
HALCION	163	HIBERIX	242	<i>hydromorphone hcl pf</i>	23
HALDOL DECANOATE	92	<i>hidex 6-day</i>	119	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	158
<i>halobetasol propionate</i>	128	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ..	203	HYDROXYCHLOROQUINE	
Haloette	115	HIPREX	65	SULFATE	66
<i>haloperidol</i>	92	HIZENTRA	225	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	66

<i>hydroxyurea</i>	81	INDERAL XL.....	102	ISTURISA.....	137
<i>hydroxyzine hcl</i>	28	<i>indomethacin</i>	19	<i>itraconazole</i>	53
<i>hydroxyzine pamoate</i>	28	<i>indomethacin er</i>	19	<i>ivabradine hcl</i>	109
HYFTOR.....	130	<i>indomethacin sodium</i>	19	<i>ivermectin</i>	27, 131
HYLENEX.....	195	INFANRIX.....	238	IWILFIN.....	86
HYMOVIS.....	211	INFED.....	160	IXCHIQ.....	244
HYPERHEP B.....	225	INFLIXIMAB.....	149	IXEMPRA KIT.....	85
HYPERRAB.....	225	INFUMORPH 200.....	23	IXIARO.....	244
HYPERRHO S/D.....	225	INFUMORPH 500.....	23	IXINITY.....	153
HYPERSAL.....	120	INFUVITE ADULT.....	203	IYUZEH.....	222
HYPERTET.....	225	INFUVITE PEDIATRIC.....	205	IZERVAY.....	218
HY-VEE LANCETS.....	176	INGREZZA.....	229	<i>jaimiess</i>	116
HY-VEE THIN LANCETS.....	176	INLYTA.....	88	JAKAFI.....	84
<i>ibandronate sodium</i>	136	INNOPRAN XL.....	102	<i>jantoven</i>	34
IBRANCE.....	82	INQOVI.....	80	JANUMET.....	44
<i>ibu</i>	19	INREBIC.....	84	JANUMET XR.....	44
<i>ibuprofen</i>	19	INSPIRA.....	62	JANUVIA.....	44
<i>ibuprofen lysine</i>	19	INSTAT.....	162	JARDIANCE.....	47
<i>ibutilide fumarate</i>	30	INSULIN LISPRO.....	45	<i>jasmiel</i>	112
<i>icatibant acetate</i>	154	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	45	JATENZO.....	26
<i>iclevia</i>	116	INSULIN LISPRO JUNIOR.....		Javygtor.....	142
<i>icosapent ethyl</i>	55	KWIKPEN.....	45	JAYPIRCA.....	74
IDAMYCIN PFS.....	80	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	45	JELMYTO.....	80
<i>idarubicin hcl</i>	80	INSULIN SYRINGE.....	185	JEMPERLI.....	72
IDELVION.....	153	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	185	<i>jencycla</i>	117
IDHIFA.....	83	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	185	JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL.....	206
IFEX.....	86	INSUPEN PEN NEEDLES.....	185	JEUVEAU.....	128
<i>ifosfamide</i>	86	INTELENCE.....	98	JEVTANA.....	85
IFOSFAMIDE.....	86	INTERCEED.....	162	<i>jinteli</i>	144
IGALMI.....	164	INTERCEED (TC7).....	162	JIVI.....	153
IHEALTH LANCING DEVICE.....	176	INTRALIPID.....	215	JOENJA.....	193
IHEEZO.....	219	INTRAROSA.....	245	<i>jolessa</i>	116
ILARIS.....	18	<i>introvale</i>	116	Joyeaux.....	112
ILEVRO.....	219	INVEGA HAFYERA.....	91, 92	JUBLIA.....	129
ILIDERM.....	130	INVEGA SUSTENNA.....	92	<i>juleber</i>	113
ILUVIEN.....	220	INVEGA TRINZA.....	92	JULUCA.....	96
<i>imatinit mesylate</i>	73	INVELTYS.....	220	<i>junel 1.5/30</i>	113
IMBRUVICA.....	74	IONOSOL-MB IN D5W.....	191	<i>junel 1/20</i>	113
IMCIVREE.....	14	IOPIDINE.....	220	<i>junel fe 1.5/30</i>	113
IMDELLTRA.....	73	IPOL.....	244	<i>junel fe 1/20</i>	113
IMFINZI.....	72	<i>ipratropium bromide</i>	32, 212	<i>junel fe 24</i>	113
<i>imipenem-cilastatin</i>	63	<i>ipratropium-albuterol</i>	30	JUXTAPID.....	56
<i>imipramine hcl</i>	42	<i>irbesartan</i>	60	JYLAMVO.....	69
<i>imipramine pamoate</i>	42	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	59	JYNARQUE.....	142
<i>iniquimod</i>	129	IRESSA.....	74	JYNNEOS.....	244
<i>iniquimod pump</i>	129	<i>irinotecan hcl</i>	87	KABIVEN.....	215
IMJUDO.....	71	ISENTRESS.....	97	KADCYLA.....	80
IMMPHENTIV.....	246	ISENTRESS HD.....	97	<i>kaitlib fe</i>	113
IMOGAM RABIES-HT.....	225	<i>isibloom</i>	112	KALBITOR.....	156
IMOVAX RABIES.....	244	<i>isoflurane</i>	150	KALETRA.....	96
IMPAVIDO.....	62	ISOLYTE-P IN D5W.....	191	<i>kalliga</i>	113
IMURAN.....	198	ISOLYTE-S.....	191	KALYDECO.....	235
IMVEXXY MAINTENANCE PACK.....	245	ISOLYTE-S PH 7.4.....	191	KAMELEON LUBRICATED.....	170
IMVEXXY STARTER PACK.....	246	<i>isoniazid</i>	66	KANJINTI.....	71
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G.....	176	<i>isoproterenol hcl</i>	31	KANUMA.....	140
<i>inatal gt</i>	206	ISORDIL TITRADOSE.....	28	KASPARGO SPRINKLE.....	102
INBRIJA.....	89	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	107	KARBINAL ER.....	54
<i>incassia</i>	117	<i>isosorbide dinitrate</i>	28	KARDIAMEMBRANE.....	132
INCONTROL ULTICARE PEN.....		<i>isosorbide mononitrate</i>	28	<i>kariva</i>	111
NEEDLES.....	185	<i>isosorbide mononitrate er</i>	28	KATERZIA.....	104
INCRELEX.....	140	<i>isotretinoin</i>	122	KCENTRA.....	153
<i>indapamide</i>	135	<i>isradipine</i>	104	KCL (0.149%) IN NACL.....	191
		ISTODAX.....	76	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	191

KCL (0.298%) IN NACL.....	191	KOATE-DVI.....	153	LANOXIN.....	106
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	191	<i>kobee</i>	201	LANOXIN PEDIATRIC.....	106
KCL IN DEXTROSE-NACL.....	191	KOGENATE FS.....	153	LANREOTIDE ACETATE.....	142
KCL-LACTATED RINGERS-D5W ...	191	KORSUVA.....	198	<i>lansoprazole</i>	239
KEDBUMIN.....	156	KOSELUGO.....	76	<i>lanthanum carbonate</i>	149
KEDRAB.....	225	KOSHER PRENATAL PLUS IRON ..	206	LANTUS.....	45
<i>kelnor 1/35</i>	113	Kourzeq.....	200	LANTUS SOLOSTAR.....	45
<i>kelnor 1/50</i>	113	KOVALTRY.....	153	<i>lapatinib ditosylate</i>	77
KENALOG-10.....	119	<i>kp aspirin</i>	21	<i>larin 1.5/30</i>	113
KENALOG-40.....	119	<i>kp b complex-c</i>	200	<i>larin 1/20</i>	113
KENALOG-80.....	119	<i>kp bisacodyl</i>	167	<i>larin 24 fe</i>	113
KENDALL HYDROGEL WOUND		<i>kp folic acid</i>	159	<i>larin fe 1.5/30</i>	113
DRESS.....	133	KP PRENATAL MULTIVITAMINS ..	206	<i>larin fe 1/20</i>	113
KENGREAL.....	155	K-PHOS.....	192	LASIX.....	135
KEPIVANCE.....	82	K-PHOS NO 2.....	151	<i>latanoprost</i>	222
KERENDIA.....	141	K-PHOS-NEUTRAL.....	192	LATISSE.....	131
KESIMPTA.....	230	KPN PRENATAL.....	206	LAVARE WOUND WASH.....	133
KETALAR.....	149	KRAZATI.....	76	<i>laxative</i>	167
<i>ketamine hcl</i>	149	KRINTAFEL.....	66	<i>layolis fe</i>	113
<i>ketoconazole</i>	53, 129	KRISTALOSE.....	165	LAZCLUZE.....	74
<i>ketodan</i>	129	KROGER HEALTHPRO LANCET		LEADER INSULIN SYRINGE.....	185
<i>ketoprofen er</i>	19	26G.....	176	LEADER UNIFINE PENTIPS.....	185
<i>ketorolac tromethamine</i>	19, 219	KROGER INSULIN SYRINGE.....	185	LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS ..	185
KETOROLAC TROMETHAMINE.....	19	KROGER LANCETS.....	176	<i>leena</i>	117
KEYTRUDA.....	72	KROGER LANCETS 21G.....	176	<i>leflunomide</i>	20
KHAPZORY.....	82	KROGER LANCETS MICRO THIN		LEMTRADA.....	230
KIMMTRAK.....	73	33G.....	176	<i>lenalidomide</i>	195
<i>kimono</i>	170	KROGER LANCETS SUPER THIN ..	176	LENTOCILIN.....	226
KIMONO COLORS.....	170	KROGER LANCETS THIN.....	176	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	88
KIMONO MAXX-LARGE FLARE....	170	KROGER LANCETS THIN 26G.....	176	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	88
<i>kimono micro thin</i>	170	KROGER LANCETS ULTRATHIN		LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	88
<i>kimono micro thin plus</i>	170	30G.....	176	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	88
<i>kimono plus</i>	170	KROGER PEN NEEDLES.....	185	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	88
<i>kimono ps</i>	170	KRYSTEXXA.....	152	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	88
<i>kimono ps plus</i>	170	K-TAB.....	192	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	88
<i>kimono sensation</i>	170	<i>kurvelo</i>	113	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	88
<i>kimono sensation plus</i>	170	KYLEENA.....	117	LEQVIO.....	57
KIMONO SPECIAL.....	170	KYPROLIS.....	78	<i>lessina</i>	113
KIMYRSA.....	63	<i>labetalol hcl</i>	101, 102	<i>letrozole</i>	82
KINNEY LANCETS.....	176	<i>lacosamide</i>	37	<i>leucovorin calcium</i>	82, 83
KINNEY THIN LANCETS.....	176	<i>lactated ringers</i>	191, 196	LEUKERAN.....	86
KINRAY INSULIN SYRINGE.....	185	LACTULOSE.....	165	LEUKINE.....	160
KINRIX.....	238	<i>lactulose</i>	165	<i>leuprolide acetate</i>	84
KISQALI (200 MG DOSE).....	82	<i>lactulose encephalopathy</i>	148	<i>leuprolide acetate (3 month)</i>	84
KISQALI (400 MG DOSE).....	82	LAGEVRIO.....	100	<i>levalbuterol hcl</i>	31
KISQALI (600 MG DOSE).....	82	<i>lamivudine</i>	98, 99	<i>levalbuterol tartrate</i>	31
KLARON.....	122	<i>lamivudine-zidovudine</i>	96	<i>levamlodipine maleate</i>	104
Klayesta.....	123	<i>lamotrigine</i>	37	<i>levetiracetam</i>	37
<i>klor-con</i>	192	<i>lamotrigine er</i>	37	<i>levetiracetam er</i>	37
<i>klor-con 10</i>	192	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	37	LEVETIRACETAM IN NACL.....	37
<i>klor-con m10</i>	192	<i>lamotrigine starter kit-green</i>	37	<i>levobunolol hcl</i>	216
<i>klor-con m15</i>	192	<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	37	<i>levocarnitine</i>	137
<i>klor-con m20</i>	192	LAMPIT.....	63	<i>levocarnitine sf</i>	137
KLOXXADO.....	50	LAMZEDE.....	136	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	54
<i>kls aspirin low dose</i>	21	LANCETS.....	177	<i>levofloxacin</i>	146, 217
<i>kls laxaclear</i>	165	LANCETS 30G.....	177	<i>levofloxacin in d5w</i>	146
<i>kls quit2</i>	233	LANCETS 33G.....	177	<i>levoleucovorin calcium</i>	83
<i>kls quit4</i>	233	LANCETS MICRO THIN 33G.....	177	<i>levoleucovorin calcium pf</i>	83
KMART VALU INSULIN SYRINGE		LANCETS SUPER THIN.....	177	<i>levonest</i>	117
29G.....	185	LANCETS SUPER THIN 28G.....	177	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	116
KMART VALU INSULIN SYRINGE		LANCETS THIN.....	177	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	116
30G.....	185	LANCETS ULTRA THIN.....	177	<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	113
KOATE.....	153	LANCETS ULTRA THIN 30G.....	177	<i>levonorgestrel</i>	115

<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	113, 115	<i>lofexidine hcl</i>	227	<i>mafenide acetate</i>	126
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	117	<i>lojaimiess</i>	116	MAGELLAN INSULIN SAFETY	
LEVOPHED.....	247	LOKELMA.....	197	SYR.....	185
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	113	LOMAIRA.....	13	<i>magnesium citrate</i>	166
<i>levorphanol tartrate</i>	23	LOMOTIL.....	48	MAGNESIUM SULFATE.....	192
<i>levo-t</i>	237	LONGS INSULIN SYRINGE.....	185	MAGNESIUM SULFATE IN D5W....	192
LEVOTHYROXINE SODIUM.....	237	LONGS LANCETS STANDARD.....	177	MALARONE.....	65
<i>levothyroxine sodium</i>	237	LONGS LANCETS THIN.....	177	<i>malathion</i>	131
<i>levoxyl</i>	237	LONGS LANCETS ULTRA THIN....	177	<i>manganese chloride</i>	192
LEVULAN KERASTICK.....	131	LONSURF.....	80	<i>mannitol</i>	135
<i>l-glutamine</i>	158	<i>loperamide hcl</i>	48	MARATHON MEDICAL PENTIPS...	185
LIBERTY MEDICAL LANCETS.....	177	LOPID.....	56	<i>maraviroc</i>	96
LIBRAX.....	238	<i>lopinavir-ritonavir</i>	96	MARCAINE.....	168
LIBTAYO.....	72	LOQTORZI.....	72	MARCAINE PRESERVATIVE FREE	168
<i>lidocaine</i>	130	<i>lorazepam</i>	29	MARCAINE/EPINEPHRINE.....	168
<i>lidocaine hcl</i>	130, 168, 198	<i>lorazepam intensol</i>	29	MARCAINE/EPINEPHRINE PF....	168
<i>lidocaine hcl (cardiac)</i>	29	LORBRENA.....	70	MAR-COF CG EXPECTORANT.....	120
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF....	29	<i>loryna</i>	113	MARGENZA.....	71
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf</i>	29	<i>losartan potassium</i>	60	MARINOL.....	51
<i>lidocaine hcl (pf)</i>	168	<i>losartan potassium-hctz</i>	59, 60	<i>marlissa</i>	113
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	130	LOTEMAX.....	221	MARPLAN.....	40
<i>lidocaine in d5w</i>	29	LOTEMAX SM.....	221	MASONATAL.....	206
<i>lidocaine viscous hcl</i>	198	LOTENSIN.....	58	MATULANE.....	81
<i>lidocaine-epinephrine</i>	167	LOTENSIN HCT.....	58	<i>matzim la</i>	104
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i>	167	<i>loteprednol etabonate</i>	221	MAVENCLAD (10 TABS).....	229
<i>lidocaine-prilocaine</i>	133	<i>lovastatin</i>	56	MAVENCLAD (4 TABS).....	229
LILETTA (52 MG).....	117	<i>low-ogestrel</i>	113	MAVENCLAD (5 TABS).....	229
LINCOCIN.....	64	<i>loxapine succinate</i>	93	MAVENCLAD (6 TABS).....	229
<i>lincomycin hcl</i>	65	<i>lo-zumandimine</i>	113	MAVENCLAD (7 TABS).....	229
<i>linezolid</i>	65	<i>lubiprostone</i>	146	MAVENCLAD (8 TABS).....	229
<i>linezolid in sodium chloride</i>	65	LUCENTIS.....	222	MAVENCLAD (9 TABS).....	229
LINZESS.....	147	LUGOLS STRONG IODINE.....	95	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE...	186
<i>liothyronine sodium</i>	237	<i>luliconazole</i>	129	MAXI-COMFORT INSULIN	
<i>lipo flavonoid plus</i>	210	LUMAKRAS.....	76	SYRINGE.....	186
LIPOFEN.....	56	LUMIGAN.....	222	MAXI-COMFORT SAFETY PEN	
<i>lipoflavovit</i>	210	LUMIZYME.....	137	NEEDLE.....	186
LIPOTRIAD.....	210	LUNSUMIO.....	73	MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2"....	186
<i>liraglutide</i>	46	LUPKYNIS.....	195	MAXIDEX.....	221
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	12, 13	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	84	MAXITROL.....	220
<i>lisinopril</i>	58	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	84	<i>maxi-tuss ac</i>	120
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	58	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	84	MAXI-TUSS CD.....	121
LITE TOUCH LANCETS.....	177	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	84	<i>maxx</i>	170
LITETOUCH INSULIN SYRINGE....	185	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)..	140	<i>maxx plus</i>	170
LITETOUCH LANCETS.....	177	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)..	140	MAYZENT.....	234
LITETOUCH PEN NEEDLES.....	185	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)..	140	MAYZENT STARTER PACK.....	234
LITFULO.....	123	<i>lurasidone hcl</i>	91	<i>meclizine hcl</i>	51
<i>lithium</i>	91	LUTATHERA.....	81	<i>meclofenamate sodium</i>	19
<i>lithium carbonate</i>	91	<i>lutura</i>	113	MEDIC INSULIN SYRINGE.....	186
<i>lithium carbonate er</i>	91	LUZU.....	129	MEDICHOICE SAFETY LANCET...	177
LITHOSTAT.....	151	LYBALVI.....	234	MEDICHOICE SAFETY LANCET	
LIVE BETTER LANCET SUPER		<i>lyleq</i>	117	EXTRA.....	177
THIN.....	177	<i>lyllana</i>	145	MEDICHOICE SAFETY LANCET	
LIVMARLI.....	147	LYNPARZA.....	87	NORM.....	177
LIVTENCITY.....	99	LYRICA CR.....	231	MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	186
<i>lmd in d5w</i>	156	LYSODREN.....	68	MEDLANCE PLUS EXTRA 21G.....	177
<i>lmd in nacl</i>	156	LYTGObI (12 MG DAILY DOSE)....	75	MEDLANCE PLUS LITE 25G.....	177
LO LOESTRIN FE.....	111	LYTGObI (16 MG DAILY DOSE)....	75	MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM	
LODINE.....	19	LYTGObI (20 MG DAILY DOSE)....	75	.....	177
LODOSYN.....	90	LYUMJEV.....	45	MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G	
<i>loestrin 1.5/30 (21)</i>	113	LYUMJEV KWIKPEN.....	45	.....	177
<i>loestrin 1/20 (21)</i>	113	<i>lyza</i>	117	MEDLANCE PLUS UNIVERSAL	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	113	MACROBID.....	65	21G.....	177
<i>loestrin fe 1/20</i>	113	MACRODANTIN.....	65	MEDROL.....	119

<i>medroxyprogesterone acetate</i>	116, 227	<i>methylphenidate</i>	15	<i>mirabegron er</i>	241
<i>mefenamic acid</i>	19	<i>methylphenidate hcl</i>	15	MIRAPEX ER	90
<i>mefloquine hcl</i>	66	<i>methylphenidate hcl er</i>	15	MIRCERA	159
<i>mega multiple/chelated mineral</i>	210	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	14	MIRENA (52 MG)	117
<i>megestrol acetate</i>	87, 227	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	14	<i>mirtazapine</i>	40
MEIJER LANCETS	177	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	14, 15	MIRVASO	131
MEIJER LANCETS THIN	177	METHYLPHENIDATE HCL ER		<i>misoprostol</i>	240
MEIJER LANCETS UNIVERSAL		(OSM)	15	<i>mitigo</i>	24
21G	177	<i>methylphenidate hcl er (xr)</i>	15	<i>mitomycin</i>	80, 217
MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>methylprednisolone</i>	119	MITOSOL	217
30G	177	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	119	<i>mitoxantrone hcl</i>	80
MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>metoclopramide hcl</i>	146, 147	<i>mm aspirin</i>	21
33G	177	<i>metolazone</i>	135	<i>mm clearlax</i>	165
MEIJER PEN NEEDLES	186	<i>metoprolol succinate er</i>	102	MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE ..	186
MEIJER SUPER THIN LANCETS	177	<i>metoprolol tartrate</i>	102	MM PEN NEEDLES	186
MEKINIST	76	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	61	MM TWIST LANCETS	177
MEKTOVI	77	METROCREAM	131	M-M-R II	242
<i>meloxicam</i>	19	METRONIDAZOLE	62	M-NATAL PLUS	206
<i>melphalan hcl</i>	86	<i>metronidazole</i>	62, 131, 245	<i>modafinil</i>	15
<i>memantine hcl</i>	231	<i>metirosine</i>	59	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y	
<i>memantine hcl er</i>	231	<i>mexiletine hcl</i>	29	.....	244
MENEST	145	MI PASTE	171	<i>moexipril hcl</i>	59
MENOPUR	141	MI PASTE PLUS	171	<i>molindone hcl</i>	93
MENOSTAR	145	MIACALCIN	137	<i>mometasone furoate</i>	128, 212
MENQUADFI	242	Mibelas 24 Fe	113	<i>mondoxyne nl</i>	237
MENVEO	242	MICAFUNGIN SODIUM	52	MONJUVI	70
<i>meperidine hcl</i>	23	<i>micafungin sodium-nacl</i>	52	MONOJECT BONE MARROW	
<i>meprobamate</i>	28	<i>miconazole 3</i>	245	BIOPSY	168
MEPRON	63	<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i>	123	<i>monoject flush syringe</i>	193
MEPSEVII	141	MICRHOGAM ULTRA-FILTERED		MONOJECT INSULIN SYRINGE	186
<i>mercaptapurine</i>	69	PLUS	225	<i>monoject sodium chloride flush</i>	193
<i>meropenem</i>	63	MICRODOT PEN NEEDLE	186	MONOJECT ULTRA COMFORT	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	63	<i>microgestin 1.5/30</i>	113	SYRINGE	186
<i>merzee</i>	113	<i>microgestin 1/20</i>	113	MONOLET LANCETS	177
<i>mesalamine</i>	148	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	113	MONOLET OPD LANCETS	177
<i>mesalamine er</i>	148	<i>microgestin fe 1/20</i>	113	MONOLETTOR SAFETY LANCETS	178
<i>mesalamine-cleanser</i>	148	MICROLET LANCETS	177	<i>mono-lynyah</i>	114
<i>mesna</i>	88	<i>midazolam hcl</i>	163	MONOVISC	212
MESNEX	88	<i>midazolam hcl (pf)</i>	163	<i>montelukast sodium</i>	32
MESTINON	66	MIDAZOLAM HCL-SODIUM		MORPHINE SULFATE	24
<i>metaxalone</i>	210	CHLORIDE	163	<i>morphine sulfate</i>	24
<i>metformin hcl</i>	43	<i>midazolam-sodium chloride (pf)</i>	163	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	24
<i>metformin hcl er</i>	43	<i>midodrine hcl</i>	247	<i>morphine sulfate (pf)</i>	24
METHADONE HCL	23	MIFEPREX	135	MORPHINE SULFATE (PF)	24
<i>methadone hcl</i>	23	<i>mifepristone</i>	46, 135	<i>morphine sulfate er</i>	24
<i>methadone hcl intensol</i>	23	<i>migergot</i>	189	<i>morphine sulfate er beads</i>	24
METHADOSE	23	<i>miglitol</i>	43	MOTOFEN	48
<i>methadose</i>	24	<i>miglustat</i>	158	MOUNJARO	46
METHADOSE SUGAR-FREE	24	<i>mili</i>	114	MOVANTIK	148
<i>methazolamide</i>	134	<i>milk of magnesia</i>	166	MOVIPREP	164
<i>methenamine hippurate</i>	65	<i>milrinone lactate</i>	106	MOXIFLOXACIN HCL	146
<i>methergine</i>	224	<i>milrinone lactate in dextrose</i>	106	<i>moxifloxacin hcl</i>	146, 217
<i>methimazole</i>	237	<i>mimvey</i>	144	<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	217
<i>methocarbamol</i>	210	<i>mineral oil heavy</i>	166	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	146
<i>methotrexate sodium</i>	69	MINILINK REAL-TIME		MOZOBIL	158
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	69	TRANSMITTER	177	MRESVIA	244
<i>methoxsalen rapid</i>	124	MINIMED 630G GUARDIAN PRESS		MS INSULIN SYRINGE	186
<i>methscopolamine bromide</i>	240	.....	177	MULPLETA	161
<i>methsuximide</i>	39	MINOCIN	236	MULTAQ	30
<i>methyldopa</i>	61	<i>minocycline hcl</i>	236, 237	MULTI PRENATAL	206
<i>methylene blue</i>	49	<i>minoxidil</i>	62	<i>multi vitamin</i>	203
<i>methylene blue (antidote)</i>	49	MIOCHOL-E	216	MULTI VITAMIN W/D-3	203
<i>methylergonovine maleate</i>	224	MIOSTAT	216	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	191

<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	191	<i>naratriptan hcl</i>	190	NEXTSTELLIS.....	114
<i>multiple vitamin-folic acid</i>	203	NARDIL.....	40	NEXVIAZYME.....	137
<i>multiple vitamins</i>	203	NAROPIN.....	168	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	57
<i>multiple vitamins essential</i>	203	NATACYN.....	217	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	57
<i>multiple vitamins/iron</i>	202	<i>natal pnv</i>	206	<i>niacor</i>	57
MULTITRACE-4 PEDIATRIC.....	193	NATALVIT.....	206	<i>nicardipine hcl</i>	104
MULTIVITAMIN.....	203	NATAZIA.....	116	NICARDIPINE HCL IN NACL.....	104
<i>multi-vitamin</i>	204	<i>nateglinide</i>	46	NICODERM CQ.....	233
<i>multivitamin adult</i>	203	NATESTO.....	26	NICORETTE.....	233
<i>multivitamin iron-free</i>	203	NATROBA.....	131	NICORETTE MINI.....	233
<i>multivitamin plus iron adult</i>	202	<i>nat-rul b-50</i>	210	NICORETTE STARTER KIT.....	233
<i>multivitamin w/fluoride</i>	205	<i>nat-rul daily-vite+iron</i>	202	NICOTINE.....	233
<i>multivitamin/fluoride</i>	205	NAYZILAM.....	35	<i>nicotine</i>	233
<i>multi-vitamin/fluoride</i>	205	<i>nebivolol hcl</i>	102	<i>nicotine mini</i>	233
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	204	NEBUPENT.....	62	<i>nicotine polacrilex</i>	233
<i>multi-vitamin/iron</i>	202	Nebusal.....	121	<i>nicotine polacrilex mini</i>	233
MULTI-VIT-FLOR.....	205	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	114	<i>nicotine step 1</i>	233
MULTRYs.....	193	NEEVO DHA.....	206	<i>nicotine step 2</i>	233
<i>mupirocin</i>	123	<i>nefazodone hcl</i>	41	<i>nicotine step 3</i>	233
<i>mutamycin</i>	80	<i>nelarabine</i>	69	NICOTROL.....	233
MVASI.....	88	NEOMULTIVITE.....	204	NICOTROL NS.....	233
<i>my choice</i>	115	<i>neomycin sulfate</i>	16	<i>nifedipine</i>	105
<i>my way</i>	115	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	217	<i>nifedipine er</i>	104
MYALEPT.....	140	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	150	<i>nifedipine er osmotic release</i>	104, 105
MYCAMINE.....	52	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	220	<i>nikki</i>	114
MYCAPSSA.....	142	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	217	<i>nilutamide</i>	68
<i>mycophenolate mofetil</i>	196	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	220, 223	<i>nimodipine</i>	105
<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	196	NEONATAL COMPLETE.....	206	NINJACOF-XG.....	120
<i>mycophenolate sodium</i>	196	NEONATAL PLUS.....	206	NINLARO.....	78
<i>mycophenolic acid</i>	196	<i>neonatal prenatal</i>	206	NIPENT.....	81
MYDCOMBI.....	216	NEONATAL VITAMIN.....	206	NIPRIDE RTU.....	62
MYDRIACYL.....	216	<i>neo-polycin</i>	217	<i>nisoldipine er</i>	105
MYFEMBREE.....	145	<i>neo-polycin hc</i>	220	<i>nitazoxanide</i>	63
MYFORTIC.....	196	NEOPROFEN.....	19	NITHIODOTE.....	49
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G.....	178	NEORAL.....	195	<i>nitisinone</i>	139
MYHIBBIN.....	196	NEOSTIGMINE METHYLSULFATE.....	66	NITRO-BID.....	28
MYLERAN.....	67	NEO-SYNALAR.....	123	NITRO-DUR.....	28
MYLOTARG.....	71	NEOX 100.....	132	<i>nitrofurantoin</i>	65
MYOBLOC.....	213	NEOX CORD 1K.....	132	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	65
MYRBETRIQ.....	241	<i>nephro vitamins</i>	200	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	65
MYTESI.....	48	NEPHRO-VITE.....	200	<i>nitroglycerin</i>	27, 28
MYXREDLIN.....	45	NERLYNX.....	77	NITROGLYCERIN.....	28
<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	160	NESACAINE.....	168	<i>nitroglycerin in d5w</i>	28
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	164	NESACAINE-MPF.....	168	NITROLINGUAL.....	28
NABI-HB.....	225	NESTABS.....	206	<i>nitroprusside sodium</i>	62
<i>nabumetone</i>	19	NESTABS DHA.....	206	<i>nitroprusside sodium-nacl</i>	62
<i>nadolol</i>	102	NESTABS ONE.....	208	NITROSTAT.....	28
<i>nafcillin sodium</i>	226, 227	<i>neuac</i>	122	NITYR.....	139
NAFCILLIN SODIUM IN.....		NEULASTA.....	160	<i>niva thyroid</i>	237
DEXTROSE.....	226	NEULASTA ONPRO.....	160	NIVA-PLUS.....	206
<i>naftifine hcl</i>	123	NEUPOGEN.....	160	NIVESTYM.....	160
NAFTIN.....	123	NEUPRO.....	90	<i>nizatidine</i>	239
NAGLAZYME.....	141	NEVANAC.....	219	NOC DURNA.....	144
<i>nalbuphine hcl</i>	25	<i>nevirapine</i>	98	<i>nora-be</i>	117
<i>nalmefene hcl</i>	50	<i>nevirapine er</i>	98	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	115
<i>naloxone hcl</i>	50	<i>new day</i>	115	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	114
<i>naltrexone hcl</i>	50	NEXAVAR.....	78	<i>norethindrone</i>	117
NAMENDA TITRATION PAK.....	231	NEXIUM I.V.....	239	<i>norethindrone acetate</i>	227
NAMZARIC.....	227	NEXLETOL.....	55	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	114
<i>naproxen</i>	19	NEXLIZET.....	55	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	144
<i>naproxen dr</i>	19	NEXOBRID.....	128	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	117
<i>naproxen sodium</i>	19	NEXPLANON.....	116	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	114
		NEXTERONE.....	30	<i>norgesic</i>	211

<i>norgestimate-eth estradiol</i>	114	<i>ocella</i>	114	ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL	207
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	117	OCTAGAM	225	<i>one-daily multi vitamins</i>	204
NORLIQVA	105	OCTAPLAS BLOOD GROUP A	156	<i>one-daily multi-vitamin</i>	204
<i>norlyroc</i>	117	OCTAPLAS BLOOD GROUP AB	157	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	202
<i>normal saline flush</i>	193	OCTAPLAS BLOOD GROUP B	157	<i>one-daily/iron</i>	202
NORMOSOL-M IN D5W	191	OCTAPLAS BLOOD GROUP O	157	ONELAX MAGNESIUM CITRATE..	166
NORMOSOL-R	191	<i>octreotide acetate</i>	142, 143	ONETOUCH DELICA PLUS	
NORMOSOL-R IN D5W	191	OCUFLOX	217	LANCET30G	178
NORMOSOL-R PH 7.4	191	ODACTRA	16	ONETOUCH DELICA PLUS	
NORPACE	29	ODEFSEY	96	LANCET33G	178
NORPACE CR	29	ODOMZO	75	ONETOUCH ULTRA	134
NORPRAMIN	42	OFEV	235	ONETOUCH ULTRA BLUE TEST ...	133
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	114	<i>ofloxacin</i>	146, 217, 223	ONETOUCH ULTRA TEST	134
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	114	OGIVRI	72	ONETOUCH ULTRASOFT 2	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	114	OGSIVEO	75	LANCETS	178
<i>nortrel 7/7/7</i>	117	OHTUVAYRE	33	ONETOUCH VERIO	134
<i>nortriptyline hcl</i>	43	OJEMDA	73, 74	ONGENTYS	90
NORVIR	97	OJJAARA	84	ONIVYDE	87
NOURIANZ	89	<i>olanzapine</i>	95	ONPATTRO	232
NOVA SAFETY LANCETS 23G	178	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	234	ONTRUZANT	72
NOVA SAFETY LANCETS 28G	178	OLINVYK	24	ONUREG	69
NOVA SUREFLEX LANCETS	178	<i>olmesartan medoxomil</i>	60	<i>opcicon one-step</i>	116
NOVAREL	141	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	60	OPDIVO	72
<i>novavax covid-19 vaccine</i>	244	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	60	OPDUALAG	70
<i>novite</i>	204	<i>olopatadine hcl</i>	212	OPFOLDA	138
NOVOEIGHT	153	OLPRUVA (2 GM DOSE)	143	OPILL	117
NOVOFINE PEN NEEDLE	186	OLPRUVA (3 GM DOSE)	143	OPSUMIT	108
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE	186	OLPRUVA (4 GM DOSE)	143	OPSYNVI	107
NOVOSEVEN RT	153	OLPRUVA (5 GM DOSE)	143	<i>option 2</i>	116
NOXAFIL	53	OLPRUVA (6 GM DOSE)	143	OPTIONS GYNOL II	
<i>np thyroid</i>	237	OLPRUVA (6.67 GM DOSE)	143	CONTRACEPTIVE	245
NPLATE	161	OMECLAMOX-PAK	240	OPVEE	50
NUBEQA	68	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	55	OPZELURA	126
NUCALA	32	OMEGAVEN	215	ORABLOC	168
NUCYNTA	24	<i>omeprazole</i>	239	ORALAIR	16
NUDEXTA	232	OMIDRIA	221	<i>oralone</i>	200
NULIBRY	140	OMNICAP	204	ORAPRED ODT	119
NULOJIX	198	OMNIFLEX DIAPHRAGM	171	ORAVIG	198
NUMBRINO	212	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN		ORBACTIV	63
NUPLAZID	91	5	181	ORENITRAM	107
NURTEC	189	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN		ORENITRAM MONTH 1	107
NUTRILIPID	215	5	181	ORENITRAM MONTH 2	107
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	138	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	182	ORENITRAM MONTH 3	107
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	138	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6		ORFADIN	139
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	138	PODS	182	ORGOVYX	83
NUVARING	115	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	182	ORIAHNN	145
NUVESSA	245	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)...	182	ORILISSA	138
NUWIQ	153	OMNIPOD DASH PDM (GEN 4)	182	ORKAMBI	235
NUZYRA	236	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	182	ORLADEYO	156
<i>nyamyc</i>	123	ONCASPAR	81	<i>orlistat</i>	14
<i>nylia 1/35</i>	114	<i>once daily</i>	204	Ormalvi	134
<i>nylia 7/7/7</i>	117	<i>ondansetron</i>	50	<i>orphenadrine citrate</i>	210
NYMALIZE	105	<i>ondansetron hcl</i>	50	<i>orphenadrine citrate er</i>	210
<i>nystatin</i>	53, 123, 198	<i>one daily</i>	204	ORPHENADRINE-ASPIRIN-	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	123	<i>one daily essential</i>	204	CAFFEINE	211
<i>nystop</i>	123	<i>one daily essentials</i>	204	<i>orphengesic forte</i>	211
OB COMPLETE	206	<i>one daily multivitamin adult</i>	204	ORSERDU	87
OB COMPLETE ONE	206	<i>one daily multivitamin/iron</i>	202	ORTHOVISC	212
OB COMPLETE PETITE	206	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN	204	<i>oseltamivir phosphate</i>	101
OB COMPLETE PREMIER	206	ONE VITE WOMENS	206	<i>osmitrol</i>	135
OB COMPLETE/DHA	206	ONE VITE WOMENS PLUS	207	OSMOLEX ER	89
<i>obizur</i>	154	ONE-A-DAY ESSENTIAL	204	OSPHENA	142
OALIVA	146	ONE-A-DAY MENS	204		

OTEZLA.....	19, 20	PAMELOR.....	43	PEPCID.....	239
OTOVEL.....	223	<i>pamidronate disodium</i>	136	PERFECT LANCETS 28G.....	178
OTREXUP.....	17	PAMIDRONATE DISODIUM.....	136	PERFECT LANCETS 30G.....	178
OVIDE.....	131	PANCREAZE.....	134	PERFECT POINT SAFETY	
OVIDREL.....	141	PANHEMATIN.....	156	LANCETS.....	178
<i>oxacillin sodium</i>	227	PANRETIN.....	124	PERFOROMIST.....	31
OXACILLIN SODIUM IN		<i>pantoprazole sodium</i>	239	PERIDEX.....	199
DEXTROSE.....	227	<i>pantoprazole sodium-nacl</i>	239	PERIKABIVEN.....	215
<i>oxaliplatin</i>	67	PARADIGM REAL-TIME		<i>perindopril erbumine</i>	59
<i>oxaprozin</i>	19	TRANSMITTER.....	178	<i>periogard</i>	199
<i>oxazepam</i>	29	PARAGARD INTRAUTERINE		PERJETA.....	72
<i>oxcarbazepine</i>	37	COPPER.....	115	<i>permethrin</i>	131
<i>oxcarbazepine er</i>	37	<i>paraplatin</i>	67	<i>perphenazine</i>	94
OXERVATE.....	219	<i>paricalcitol</i>	139	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	231
<i>oxiconazole nitrate</i>	129	PARLODEL.....	89	PERSERIS.....	92
OXISTAT.....	129	PARNATE.....	40	PERTZYE.....	134
OXLUMO.....	151	<i>paroxetine hcl</i>	41	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y	
<i>oxybutynin chloride</i>	241	<i>paroxetine hcl er</i>	41	.....	244
<i>oxybutynin chloride er</i>	241	<i>paroxetine mesylate</i>	235	<i>pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y</i>	244
<i>oxycodone hcl</i>	24	PARSABIV.....	136	<i>pfizerpen</i>	226
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	25	PAVBLU.....	222, 223	PHARMACIST CHOICE LANCETS.....	178
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	25	PAXIL.....	41	PHARMACY COUNTER LANCETS.....	178
<i>oxymorphone hcl</i>	24	PAXLOVID (150/100).....	99	PHEBURANE.....	143
<i>oxymorphone hcl er</i>	24	PAXLOVID (300/100).....	99	<i>phendimetrazine tartrate</i>	13
<i>oxytocin</i>	224	<i>pazopanib hcl</i>	78	PHENDIMETRAZINE TARTRATE	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	46	PC UNIFINE PENTIPS.....	186	ER.....	13
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	46	PEDIAPRED.....	119	<i>phenelzine sulfate</i>	40
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	46	PEDIARIX.....	238	PHENERGAN.....	54
OZURDEX.....	221	PEDMARK.....	86	<i>phenobarbital</i>	163
<i>pacerone</i>	30	PEDVAX HIB.....	242	<i>phenobarbital sodium</i>	163
<i>paclitaxel</i>	85	<i>peg 3350</i>	165	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	59
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND		<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	164	<i>phentermine hcl</i>	13
PART.....	85	<i>peg-3350/electrolytes</i>	164	<i>phentolamine mesylate</i>	59
PADCEV.....	72	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat</i>	164	<i>phenylephrine hcl</i>	216
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE).....	15	PEGASYS.....	100	PHENYLEPHRINE HCL	
PALFORZIA (120 MG DAILY		<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	164	(PRESSORS).....	247
DOSE).....	15	PEG-PREP.....	164	PHENYTEK.....	39
PALFORZIA (160 MG DAILY		PEMAZYRE.....	75	<i>phenytoin</i>	39
DOSE).....	15	<i>pemetrexed</i>	69	<i>phenytoin infatabs</i>	39
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE).....	15	<i>pemetrexed disodium</i>	69	<i>phenytoin sodium</i>	39
PALFORZIA (200 MG DAILY		<i>pemetrexed ditromethamine</i>	69	<i>phenytoin sodium extended</i>	39
DOSE).....	15	PEMFEXY.....	69	PHESGO.....	80
PALFORZIA (240 MG DAILY		PEMGARDA.....	224	PHEXXI.....	245
DOSE).....	15	PEMRYDI RTU.....	69	<i>philiith</i>	114
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE).....	15	<i>pen needle/5-bevel tip</i>	186	<i>phillips milk of magnesia</i>	166
PALFORZIA (300 MG		PEN NEEDLES.....	186	<i>phospha 250 neutral</i>	192
MAINTENANCE).....	15	PEN NEEDLES 5/16".....	186	PHOSPHOLINE IODIDE.....	216
PALFORZIA (300 MG TITRATION).....	15	PENBRAYA.....	242	<i>phosphorous</i>	192
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE).....	15	<i>peniclovir</i>	126	<i>phospho-trin 250 neutral</i>	192
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE).....	16	<i>penicillamine</i>	194	<i>phospho-trin k500</i>	192
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE).....	16	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE.....	226	PHOTOFRIN.....	81
PALFORZIA INITIAL ESCALATION.....	16	<i>penicillin g potassium</i>	226	PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS	
PALINGEN FLOW.....	132	<i>penicillin g sodium</i>	226	KIT.....	219
PALINGEN HYDROMEMBRANE.....	132	<i>penicillin v potassium</i>	226	PHOXILLUM B22K4/0.....	194
PALINGEN INOVOFLO.....	132	PENTACEL.....	238	PHOXILLUM BK4/2.5.....	194
PALINGEN MEMBRANE.....	132	PENTAM.....	62	<i>physiolyte</i>	196
PALINGEN XPLUS		<i>pentamidine isethionate</i>	62	<i>physiosol irrigation</i>	196
HYDROMEMBRANE.....	132	PENTASA.....	148	<i>phytonadione</i>	247
PALINGEN XPLUS MEMBRANE.....	132	<i>pentazocine-naloxone hcl</i>	25	PIASKY.....	155
<i>paliperidone er</i>	92	PENTIPS.....	186	PIFELTRO.....	98
PALONOSETRON HCL.....	51	PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES.....	186	<i>pilocarpine hcl</i>	200, 216
<i>palonosetron hcl</i>	51	<i>pentobarbital sodium</i>	163	<i>pimecrolimus</i>	130
PALYNZIQ.....	142	<i>pentoxifylline er</i>	156	<i>pimozide</i>	232

<i>pimtree</i>	111	POTASSIUM PHOSPHATES(71	PRENATAL/IRON	207
<i>pindolol</i>	102	MEQ K)	PRENATAL-U	207
<i>pioglitazone hcl</i>	48	POTELIGEO	PRENATE	209
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	48	PRALUENT	PRENATE AM	209
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	48	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	PRENATE DHA	209
PIP LANCETS 28G	178	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	PRENATE ELITE	207
PIP LANCETS 30G	178	PRAMOSONE	PRENATE ENHANCE	209
<i>pip pen needles 31g x 5mm</i>	186	PRAMOTIC	PRENATE ESSENTIAL	209
<i>pip pen needles 32g x 4mm</i>	186	<i>prasugrel hcl</i>	PRENATE MINI	209
<i>pipercillin sod-tazobactam so</i>	226	<i>pravastatin sodium</i>	PRENATE PIXIE	209
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	86	PRAXBIND	PRENATE RESTORE	209
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	86	<i>praziquantel</i>	PRENATRIX	207
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	86	<i>prazosin hcl</i>	PRENATRYL	207
<i>pirfenidone</i>	236	PRECEDEX	PREPIDIL	223
<i>piroxicam</i>	19	PRECISION SURE-DOSE SYRINGE	PRESTALIA	57
PITOCIN	224	PRED MILD	PRETOMANID	67
PLASMA-LYTE A	191	<i>prednisolone</i>	<i>prevalite</i>	55
PLEGRIDY	230	<i>prednisolone acetate</i>	PREVDUO	49
PLEGRIDY STARTER PACK	230	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	PREVENT DROPSAFE PEN	
<i>plenamine</i>	215	PREDNISOLONE SODIUM	NEEDLES	186
PLENVU	164	PHOSPHATE	PREVENT SAFETY PEN NEEDLES	186
<i>plerixafor</i>	158	<i>prednisone</i>	PREVIDENT	199
PLUVICTO	81	PREDNISON INTENSOL	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	199
PNEUMOVAX 23	242	PREFERRED PLUS INSULIN	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	199
<i>pnv prenatal plus multivit+dha</i>	207	SYRINGE	PREVIDENT 5000 ENAMEL	
PNV TABS 20-1	207	PREFERRED PLUS LANCETS	PROTECT	199
<i>pnv-dha</i>	209	COLORED	PREVIDENT 5000 KIDS	199
PNV-DHA+DOCUSATE	209	PREFERRED PLUS LANCETS THIN	PREVIDENT 5000 ORTHO	
PNV-OMEGA	207	.....	DEFENSE	199
<i>pnv-select</i>	207	PREFERRED PLUS UNIFINE	PREVIDENT 5000 PLUS	199
<i>podofilox</i>	130	PENTIPS	PREVIDENT 5000 SENSITIVE	199
POLIVY	71	<i>pregabalin</i>	PREVNAR 20	242
<i>polocaine</i>	168	<i>pregabalin er</i>	PREVYMIS	99
<i>polocaine-mpf</i>	168	PREGEN DHA	PREZISTA	97
<i>polycin</i>	217	PREGENNA	PRIFTIN	67
<i>polyethylene glycol 3350</i>	165	PREGNYL	PRIMACARE	207
<i>polymyxin b sulfate</i>	65	PREHEVBRIO	PRIMAQUINE PHOSPHATE	66
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	217	PREMARIN	PRIMAXIN IV	63
POLY-TUSSIN AC	121	PREMASOL	<i>primidone</i>	37
POLY-VI-FLOR	205	PREMESISRX	PRIORIX	242
POLY-VI-FLOR/IRON	204	PREMPHASE	PRISMASOL B22GK 4/0	194
POMALYST	76	PREMPRO	PRISMASOL BGK 0/2.5	194
POMBILITI	138	<i>prena 1 true</i>	PRISMASOL BGK 2/0	194
PONVORY	234	<i>prena1</i>	PRISMASOL BGK 2/3.5	194
PONVORY STARTER PACK	234	PRENA1 PEARL	PRISMASOL BGK 4/0/1.2	194
<i>portia-28</i>	114	PRENAISSANCE	PRISMASOL BGK 4/2.5	194
PORTRAZZA	75	PRENAISSANCE PLUS	PRISMASOL BK 0/0/1.2	194
<i>posaconazole</i>	53	PRENATAL	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	
POSFREA	51	PRENATAL (W/IRON & FA) .....	.....	186
POSIMIR	168	PRENATAL 19	PRO COMFORT LANCETS 30G	178
POTASSIUM ACETATE	192	<i>prenatal 19</i>	PRO COMFORT LANCETS 31G	178
POTASSIUM CHLORIDE	192	PRENATAL COMPLETE	PRO COMFORT PEN NEEDLES	186
<i>potassium chloride</i>	192, 193	PRENATAL FORTE	<i>pro comfort safety lancets 30g</i>	178
<i>potassium chloride crys er</i>	192	PRENATAL MULTIVITAMIN +	PROAIR RESPICLICK	31
<i>potassium chloride er</i>	192	DHA	<i>probenecid</i>	152
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL	191	PRENATAL ONE DAILY	<i>procainamide hcl</i>	29
<i>potassium chloride in nacl</i>	191	PRENATAL PLUS	PROCARDIA XL	105
<i>potassium citrate er</i>	150	PRENATAL PLUS	<i>procentra</i>	13
<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	191	VITAMIN/MINERAL	<i>prochlorperazine</i>	94
POTASSIUM PHOSPHATES	192	PRENATAL VITAMIN AND	<i>prochlorperazine edisylate</i>	94
<i>potassium phosphates</i>	192	MINERAL	<i>prochlorperazine maleate</i>	94
<i>potassium phosphates(66 meq k)</i>	192	<i>prenatal vitamins</i>	PROCRIT	159
		PRENATAL VITAMINS	PROCTOCORT	27

PROCTOFOAM HC.....	27	<i>pyridostigmine bromide</i>	66	<i>ra b-complex</i>	200
<i>procto-med hc</i>	27	<i>pyridostigmine bromide er</i>	66	<i>ra b-complex with b-12</i>	200
<i>proctosol hc</i>	27	<i>pyrimethamine</i>	66	RA E-ZJECT LANCETS 28G.....	178
<i>proctozone-hc</i>	27	PYRUKYND.....	157	RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G...178	
PROCYSBI.....	150	PYRUKYND TAPER PACK.....	157	RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G...178	
PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	186	QBRELIS.....	59	RA E-ZJECT LANCETS ULTRA	
PRODIGY LANCETS 28G.....	178	QBREXZA.....	130	THIN.....	178
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G.....	178	<i>qc aspirin low dose</i>	21	<i>ra folic acid</i>	159
PRODIGY TWIST TOP LANCETS		<i>qc b50 prolonged release</i>	202	RA INSULIN SYRINGE.....	187
28G.....	178	<i>qc b-complex/vitamin c</i>	200	<i>ra laxative</i>	165, 167
PROFILNINE.....	154	<i>qc childrens aspirin</i>	21	<i>ra magnesium citrate</i>	166
<i>progesterone</i>	227	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	202	<i>ra milk of magnesia</i>	166
PROGLYCEM.....	44	<i>qc essentials</i>	204	<i>ra mini nicotine</i>	233
PROGRAF.....	196	<i>qc folic acid</i>	159	<i>ra nicotine</i>	233
PROLASTIN-C.....	235	<i>qc gentle laxative</i>	167	<i>ra nicotine gum</i>	233
PROLEUKIN.....	81	<i>qc gentle laxative womens</i>	167	<i>ra nicotine polacrilex</i>	233
PROLIA.....	142	QC LANCETS SUPER THIN 30G.....	178	RA PEN NEEDLES.....	187
PROMACTA.....	161	QC LANCETS ULTRA THIN.....	178	RA PRENATAL.....	207
<i>promethazine hcl</i>	54	<i>qc laxative</i>	167	RA PRENATAL FORMULA.....	207
<i>promethazine vc</i>	120	<i>qc magnesium citrate</i>	166	<i>ra womens laxative</i>	167
<i>promethazine-codeine</i>	121	<i>qc milk of magnesia</i>	166	RABAVERT.....	244
<i>promethazine-dm</i>	121	<i>qc natura-lax</i>	165	RADICAVA ORS.....	213
<i>promethazine-phenylephrine</i>	120	<i>qc nicotine transdermal system</i>	233	RADICAVA ORS STARTER KIT.....	213
<i>promethegan</i>	54	QC PEN NEEDLES.....	187	RADIOGARDASE.....	50
<i>propafenone hcl</i>	29	QC PRENATAL.....	207	RAGWITEK.....	16
<i>propafenone hcl er</i>	29	QC UNIFINE PENTIPS.....	187	<i>raloxifene hcl</i>	142
<i>proparacaine hcl</i>	219	QC UNILET LANCETS 28G.....	178	<i>ramelteon</i>	164
PROPECIA.....	133	QC UNILET LANCETS MICRO		<i>ramipril</i>	59
PROPEL.....	212	THIN.....	178	<i>ranolazine er</i>	27
PROPEL MINI.....	212	QDOLO.....	24	RAPAMUNE.....	196
PROPEL MINI SDS.....	212	QINLOCK.....	78	RAPIVAB.....	101
<i>propofol</i>	149	QUADRACEL.....	238	<i>rasagiline mesylate</i>	89
<i>propranolol hcl</i>	102, 103	QUALAQUIN.....	66	RASUVO.....	17
<i>propranolol hcl er</i>	102	<i>quazepam</i>	163	RAVICTI.....	143
<i>propylthiouracil</i>	237	QUDEXY XR.....	38	<i>raya sure pen needle</i>	187
PROQUAD.....	242	QUELICIN.....	213	RAYALDEE.....	139
PRO-RED AC.....	121	QUESTRAN.....	55	<i>react</i>	116
PROSCAR.....	150	QUESTRAN LIGHT.....	55	READYLANCE SAFETY LANCETS.....	178
PROSOL.....	215	<i>quetiapine fumarate</i>	93	REALITY INSULIN SYRINGE.....	187
PROSTIN VR.....	197	<i>quetiapine fumarate er</i>	93	REALITY LANCETS.....	179
<i>protamine sulfate</i>	157	QUFLORA FE.....	203	REALITY LATEX CONDOMS.....	170
PROTONIX.....	240	QUFLORA FE PEDIATRIC.....	204	REALITY LATEX/ULTRA	
PROTOPAM CHLORIDE.....	49	QUFLORA PEDIATRIC.....	205	TEXTURED.....	170
<i>protriptyline hcl</i>	43	<i>quin b strong b-25</i>	202	REALITY LATEX/ULTRA THIN.....	170
PROVAYBLUE.....	49	<i>quinapril hcl</i>	59	REALITY TRIGGER LANCETS.....	179
PROVERA.....	227	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	58	REBIF.....	230
PROVIDA OB.....	207	<i>quinidine gluconate er</i>	29	REBIF REBIDOSE.....	230
PROVISC.....	222	<i>quinidine sulfate</i>	29	REBIF REBIDOSE TITRATION	
<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	121	<i>quinine sulfate</i>	66	PACK.....	230
Pulmosal.....	121	QUINTABS.....	204	REBIF TITRATION PACK.....	230
PULMOZYME.....	235	QULIPTA.....	189	REBINYN.....	154
PURE COMFORT LANCETS 30G.....	178	QUVIVIQ.....	164	REBLOZYL.....	158
PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	186	QUZYTTIR.....	54	REBYOTA.....	148
<i>pure comfort safety pen needle</i>	186	QVAR REDIHALER.....	33	RECARBRIO.....	63
PURIXAN.....	69	<i>ra aspirin adult low dose</i>	21	RECLAST.....	136
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES.....	186	<i>ra aspirin adult low strength</i>	21	<i>reclipsen</i>	114
PX INSULIN SYRINGE.....	186	<i>ra aspirin childrens</i>	22	RECOMBINATE.....	154
PX LANCETS MICROTHIN 33G.....	178	<i>ra aspirin ec</i>	22	RECOMBIVAX HB.....	244
PX LANCETS ULTRA THIN 28G.....	178	<i>ra aspirin ec adult low st</i>	22	RECOTHROM.....	162
PX MINI PEN NEEDLES.....	187	<i>ra balanced b-100</i>	202	RECOTHROM SPRAY KIT.....	162
PX PEN NEEDLE.....	187	<i>ra balanced b-100 cr</i>	202	RECTIV.....	27
PYLERA.....	240	<i>ra balanced b-50</i>	202	REGLAN.....	147
<i>pyrazinamide</i>	67	<i>ra balanced b-50 tr</i>	202	REGONOL.....	66

REGRANEX.....	133	<i>rifabutin</i>	67	SAFETY LANCETS 23G.....	179
RELENZA DISKHALER.....	101	RIFADIN.....	67	SAFETY LANCETS 28G.....	179
RELEUKO.....	160	<i>rifampin</i>	67	<i>safety pen needles</i>	187
RELION INSULIN SYRINGE.....	187	RIGHTEST GL300 LANCETS.....	179	SAFYRAL.....	114
RELION LANCETS MICRO-THIN		<i>riluzole</i>	213	<i>sajazir</i>	154
33G.....	179	<i>rimantadine hcl</i>	100	SALAGEN.....	200
RELION LANCETS THIN 26G.....	179	RIMSO-50.....	151	<i>saline flush</i>	193
RELION LANCETS ULTRA-THIN		<i>ringers</i>	191	SANCUSO.....	51
30G.....	179	<i>ringers irrigation</i>	196	SANDIMMUNE.....	195
RELION MINI PEN NEEDLES.....	187	RINVOQ.....	17	SANDOSTATIN.....	143
RELION PEN NEEDLES.....	187	RINVOQ LQ.....	16	SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	143
RELION SHORT PEN NEEDLES.....	187	RIOMET.....	43	SANTYL.....	128
RELION ULTRA THIN LANCETS		<i>risanoid plus</i>	210	SAPHNELO.....	198
30G.....	179	<i>risedronate sodium</i>	136	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	142
RELION ULTRA THIN PLUS		<i>risperidone</i>	92	<i>saps health plus lancets</i>	179
LANCETS.....	179	<i>risperidone microspheres er</i>	92	SAPS HEALTH TWIST TOP	
RELISTOR.....	149	<i>ritonavir</i>	97	LANCETS.....	179
RELNATE DHA.....	207	RITUXAN.....	70	SAPS TWIST TOP LANCETS.....	179
REMERON.....	40	RITUXAN HYCELA.....	80	SAPSCARE TWIST TOP LANCETS.....	179
REMERON SOLTAB.....	40	<i>rivastigmine</i>	228	SARCLISA.....	71
REMESENSE.....	171	<i>rivastigmine tartrate</i>	228	SAVELLA.....	228
REMICADE.....	149	<i>rivelsa</i>	116	SAVELLA TITRATION PACK.....	228
<i>remifentanil hcl</i>	24	RIVFLOZA.....	151	SAXENDA.....	13
REMODULIN.....	107	RIXUBIS.....	154	<i>sb bisacodyl laxative ec</i>	167
RENACIDIN.....	151	<i>rizatriptan benzoate</i>	190	<i>sb childrens aspirin</i>	22
<i>renal vitamin</i>	200	ROBAXIN.....	210	<i>sb gentle lax-women</i>	167
<i>rena-vite</i>	200	ROBINUL.....	240	SB INSULIN SYRINGE.....	187
RENOVA.....	122	ROBINUL-FORTE.....	240	SB LANCETS THIN.....	179
RENOVA PUMP.....	122	ROCKLATAN.....	219	SB LANCETS ULTRA THIN.....	179
<i>repaglinide</i>	46	<i>rocuronium bromide</i>	214	<i>sb low dose asa ec</i>	22
REPATHA.....	57	<i>roflumilast</i>	33	<i>sb magnesium citrate</i>	166
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	57	ROLVEDON.....	160	<i>sb milk of magnesia</i>	166
REPATHA SURECLICK.....	57	<i>romidepsin</i>	76	<i>sb polyethylene glycol 3350</i>	165
RESTASIS.....	218	<i>ropinirole hcl</i>	90	SCENESSE.....	130
RESTASIS MULTIDOSE.....	218	<i>ropinirole hcl er</i>	90	<i>scopolamine</i>	51
RESTORIL.....	163	<i>ropivacaine hcl</i>	168	SECUADO.....	93
RETACRIT.....	159	<i>rosuvastatin calcium</i>	56	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	187
RETEVMO.....	79	ROTARIX.....	244	SECURESAFE SAFETY PEN	
RETHYMIC.....	194	ROTATEQ.....	244	NEEDLES.....	187
RETISERT.....	221	ROWASA.....	148	SELECT-OB.....	208
RETROVIR.....	98	<i>roweepra</i>	38	SELECT-OB+DHA.....	209
REVCOVI.....	136	ROXICODONE.....	24	<i>selegiline hcl</i>	89
REVLIMID.....	195	ROXYBOND.....	24	SELENIOS ACID.....	193
<i>revonto</i>	211	ROZLYTREK.....	79	<i>selenium sulfide</i>	125
REXALL LANCETS ULTRA THIN		RUBRACA.....	87	SELZENTRY.....	96
30G.....	179	RUCONEST.....	154	SE-NATAL 19.....	208
REXTOVY.....	50	<i>rufinamide</i>	38	<i>sensorcaine</i>	168
REXULTI.....	95	RUKOBIA.....	97	<i>sensorcaine/epinephrine</i>	168
REYATAZ.....	97	RUXIENCE.....	70	<i>sensorcaine-mpf</i>	168
REZDIFFRA.....	147	RYANODEX.....	211	<i>sensorcaine-mpf/epinephrine</i>	168
REZIPRES.....	247	RYBELSUS.....	46	SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE	
REZLIDHIA.....	83	RYBREVANT.....	78	.....	168
REZUROCK.....	198	RYDAPT.....	78	SEREVENT DISKUS.....	31
REZZAYO.....	52	RYDEX.....	121	SEROSTIM.....	138
RHOFADE.....	131	RYLAZE.....	81	<i>sertraline hcl</i>	41
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS		RYPLAZIM.....	157	<i>setlakin</i>	116
.....	225	RYSTIGGO.....	197	<i>sevelamer carbonate</i>	149
RHOPHYLAC.....	225	RYTARY.....	90	<i>sevelamer hcl</i>	149
RHOPRESSA.....	220	RYTELO.....	86	SEVENFACT.....	154
RIABNI.....	70	SAFETY LANCET 30G/PRESSURE		<i>sevoflurane</i>	150
RIASTAP.....	154	ACT.....	179	SEZABY.....	163
<i>ribavirin</i>	100, 101	SAFETY LANCETS.....	179	<i>sf</i>	199
RIDAURA.....	18	SAFETY LANCETS 21G.....	179	<i>sf 5000 plus</i>	199

SFROWASA.....	148	<i>sodium acetate</i>	190	STERILANCE TL.....	179
<i>sharobel</i>	117	<i>sodium bicarbonate</i>	190	<i>sterile water for irrigation</i>	196
SHINGRIX.....	244	<i>sodium chloride</i>	121, 151, 193	STIOLTO RESPIMAT.....	30
SIGNIFOR.....	143	<i>sodium chloride (pf)</i>	193	STIVARGA.....	78
SIGNIFOR LAR.....	143	<i>sodium chloride flush</i>	193	STRAVIX.....	132
SIKLOS.....	158	<i>sodium fluoride</i>	191, 199	STRENSIQ.....	139
<i>sildenafil citrate</i>	108, 109	<i>sodium fluoride 5000 enamel</i>	199	<i>streptomycin sulfate</i>	16
<i>silodosin</i>	150	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	199	<i>stress b complex/iron</i>	203
SILVADENE.....	126	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	199	<i>stress formula</i>	204
<i>silver sulfadiazine</i>	126	<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i>	199	<i>stress formula (folic acid)</i>	201
SIMBRINZA.....	215	SODIUM IODIDE I-131.....	237	<i>stress formula/iron</i>	203
<i>simliya</i>	111	SODIUM NITRITE.....	50	<i>stress formula/zinc/energy</i>	204
<i>simpesse</i>	116	<i>sodium nitroprusside</i>	62	<i>stresstabs energy</i>	204
SIMPONI.....	17, 18	<i>sodium oxybate</i>	227	STRIBILD.....	96
SIMPONI ARIA.....	17	<i>sodium phenylbutyrate</i>	143	STRIVERDI RESPIMAT.....	32
SIMULECT.....	197	<i>sodium phosphates</i>	192	STROMECTOL.....	27
<i>simvastatin</i>	56	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	197	STRONTIUM CHLORIDE SR-89.....	81
SINEMET.....	90	<i>sodium tetradecyl sulfate</i>	198	SUBLOCADE.....	25
SINGLE-LET.....	179	SODIUM THIOSULFATE.....	50	<i>subvenite</i>	38
<i>sirolimus</i>	196, 197	SOHONOS.....	211	<i>subvenite starter kit-blue</i>	38
SIRTURO.....	67	SOLESTA.....	195	<i>subvenite starter kit-green</i>	38
SIVEXTRO.....	65	<i>solifenacin succinate</i>	241	<i>subvenite starter kit-orange</i>	38
SKYCLARYS.....	213	SOLIQUA.....	46	SUCCINYLMCHOLINE CHLORIDE... 213	
SKYLA.....	117	SOLIRIS.....	155	SUCRAID.....	134
SKYRIZI.....	124, 148	SOLOSEC.....	16	<i>sucralfate</i>	239
SKYRIZI PEN.....	124	SOLTAMOX.....	68	SUFENTANIL CITRATE.....	24
SKYTROFA.....	138	SOLU-CORTEF.....	119	SULAR.....	105
SLYND.....	117	SOLU-MEDROL.....	119	<i>sulconazole nitrate</i>	129
<i>sm aspirin adult low strength</i>	22	SOLU-MEDROL (PF).....	119	<i>sulfacetamide sodium</i>	221
<i>sm aspirin ec low strength</i>	22	SOLUS V2 LANCETS 28G.....	179	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	122
<i>sm aspirin low dose</i>	22	SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G... 179		<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	220
<i>sm b super vitamin complex</i>	201	SOMATULINE DEPOT.....	143	<i>sulfadiazine</i>	236
<i>sm b100 complex</i>	202	SOMAVERT.....	138	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	62
<i>sm balanced b-100</i>	201	SOOLANTRA.....	131	SULFAMYLON.....	126
<i>sm balanced b-50</i>	201	<i>sorafenib tosylate</i>	78	<i>sulfasalazine</i>	148
<i>sm b-complex</i>	202	SORBITOL.....	151	<i>sulfatrim pediatric</i>	62
SM B-COMPLEX/VITAMIN C.....	201	SORBITOL-MANNITOL.....	151	<i>sulindac</i>	19
<i>sm clearlax</i>	165	SOTALOL HCL.....	103	<i>sumatriptan</i>	190
<i>sm folic acid</i>	159	<i>sotalol hcl</i>	103	<i>sumatriptan succinate</i>	190
<i>sm gentle laxative</i>	167	<i>sotalol hcl (af)</i>	103	<i>sumatriptan succinate refill</i>	190
SM LANCETS 33G.....	179	SOTRADECOL.....	198	<i>sunitinib malate</i>	78
<i>sm milk of magnesia</i>	166	<i>sotradecol</i>	198	SUNLENCA.....	96
<i>sm multiple vitamins essential</i>	204	SOTYLIZE.....	103	SUNOSI.....	14
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	203	SPEVIGO.....	124, 125	SUPARTZ FX.....	212
<i>sm nicotine</i>	234	SPIKEVAX.....	244	<i>super b complex/fa/vit c</i>	201
<i>sm nicotine polacrilex</i>	234	<i>spinosad</i>	131	<i>super b complex/vitamin c</i>	201
SM ONE DAILY PRENATAL.....	208	SPIRIVA HANDIHALER.....	32	<i>super b-complex</i>	202
SM PRENATAL VITAMINS.....	208	SPIRIVA RESPIMAT.....	32	<i>super b-complex + vitamin c</i>	201
<i>sm super b complex/c</i>	201	<i>spironolactone</i>	135	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	201
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	201	<i>spironolactone-hctz</i>	134	<i>super dec b-100</i>	202
SMART SENSE COLOR LANCETS		SPORANOX.....	53	<i>super quints b-50</i>	202
33G.....	179	SPRAVATO (56 MG DOSE).....	40	SUPER THIN LANCETS.....	179
SMART SENSE STANDARD		SPRAVATO (84 MG DOSE).....	41	SUPPRELIN LA.....	140
LANCETS.....	179	<i>sprintec 28</i>	114	SUPRANE.....	150
SMART SENSE SUPER THIN		SPRITAM.....	38	SURE COMFORT INSULIN	
LANCETS.....	179	SPRYCEL.....	73	SYRINGE.....	187
SMART SENSE THIN LANCETS		<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	197	SURE COMFORT LANCETS 18G.... 179	
26G.....	179	<i>sronyx</i>	114	SURE COMFORT LANCETS 21G.... 179	
SMARTEST LANCETS 28G.....	179	<i>ssd</i>	126	SURE COMFORT LANCETS 23G.... 179	
SMOFLIPID.....	215	<i>st joseph aspirin</i>	22	SURE COMFORT LANCETS 28G.... 179	
<i>smooth lax</i>	165	<i>st joseph low dose</i>	22	SURE COMFORT LANCETS 30G.... 179	
<i>sod benz-sod phenylacet</i>	143	STAMARIL.....	244	SURE COMFORT PEN NEEDLES ... 187	
SODIUM ACETATE.....	190	STELARA.....	125, 148	<i>sure comfort pen needles</i>	187

<i>surebiotic probiotic support</i>	48	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	114	TEZSPIRE.....	33
SURELITE LANCETS.....	180	TARON-C DHA.....	208	TGT LANCET MICRO THIN 33G.....	180
SURGICEL FIBRILLAR.....	162	TARPEYO.....	119	TGT LANCET THIN 26G.....	180
SURGICEL NU-KNIT.....	162	TASIGNA.....	73	TGT LANCET ULTRA THIN 30G.....	180
SURGICEL SNOW 1"X2".....	162	<i>tasimelteon</i>	164	THALITONE.....	135
SURGICEL SNOW 2"X4".....	162	TASMAR.....	90	THALOMID.....	194
SURGICEL SNOW 4"X4".....	162	<i>tavaborole</i>	130	THAM.....	190
SUSTOL.....	51	TAVALISSE.....	157	THE LIQUILIFT TRACE.....	193
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL).....	223	TAVNEOS.....	155	THEO-24.....	33
SUSVIMO (IMPLANT REFILL).....	223	<i>taysofy</i>	114	<i>theophylline</i>	34
SUTAB.....	165	TAYTULLA.....	114	<i>theophylline er</i>	33, 34
SUTENT.....	78	<i>tazarotene</i>	125	THERA.....	204
<i>syeda</i>	114	<i>tazicef</i>	111	<i>thera-tabs</i>	204
SYFOVRE.....	218	TAZICEF.....	111	THEREMS.....	204
SYLVANT.....	196	TAZORAC.....	125	<i>thiamine hcl</i>	247
SYMBYAX.....	234	TAZVERIK.....	77	<i>thioridazine hcl</i>	94
SYMDEKO.....	235	TDVAX.....	238	<i>thiotepa</i>	67
SYMLINPEN 120.....	43	TECENTRIQ.....	72	<i>thiothixene</i>	95
SYMLINPEN 60.....	43	TECENTRIQ HYBREZA.....	80	<i>thrive</i>	234
SYMPAZAN.....	35	TECHLITE AST LANCETS.....	180	THRIVITE RX.....	208
SYMPROIC.....	149	TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	187	THROMBATE III.....	157
SYMTUZA.....	96	TECHLITE LANCETS.....	180	THROMBI-GEL 10.....	161
SYNAGIS.....	224	TECHLITE LANCETS 26G.....	180	THROMBI-GEL 100.....	161
SYNAREL.....	140	TECHLITE PEN NEEDLES.....	187	THROMBI-GEL 40.....	161
SYNDROS.....	51	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	187	THROMBIN-JMI.....	162
SYNJARDY.....	47	TECVAYLI.....	73	THROMBIN-JMI EPISTAXIS.....	162
SYNJARDY XR.....	47	TEFLARO.....	111	THROMBI-PAD.....	161
SYNOJOYNT.....	212	TEGLUTIK.....	213	THROMBOGEN.....	162
SYNTHROID.....	237	<i>telmisartan</i>	60	THYMOGLOBULIN.....	195
SYNVISC.....	212	<i>telmisartan-amlodipine</i>	59	THYQUIDITY.....	237
SYNVISC ONE.....	212	<i>telmisartan-hctz</i>	60	<i>thyroid</i>	237
SYRINGE AVITENE.....	162	<i>temazepam</i>	163	<i>tiadylt er</i>	105
<i>tab-a-vite</i>	204	TEMBEXA.....	101	<i>tiagabine hcl</i>	39
<i>tab-a-vite/beta carotene</i>	204	TEMODAR.....	83	TIAZAC.....	105
<i>tab-a-vite/iron</i>	203	<i>temozolomide</i>	83	TIBSOVO.....	83
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE.....	203	<i>temsirolimus</i>	77	TICE BCG.....	81
TABLOID.....	69	<i>tencon</i>	20	TICOVAC.....	244
TABRECTA.....	77	TENIVAC.....	238	TIGAN.....	51
TACHOSIL.....	162	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	99	TIGECYCLINE.....	236
TACLONEX.....	133	TENORETIC 100.....	61	<i>tilia fe</i>	118
<i>tacrolimus</i>	130, 197	TENORETIC 50.....	61	<i>timolol maleate</i>	103, 216
<i>tadalafil</i>	109	TEPADINA.....	67	<i>timolol maleate (once-daily)</i>	216
<i>tadalafil (pah)</i>	108	TEPEZZA.....	139	<i>timolol maleate ocudose</i>	216
TADLIQ.....	108	TEPMETKO.....	77	<i>timolol maleate pf</i>	216
TAFINLAR.....	74	<i>terazosin hcl</i>	61	TIMOPTIC OCUDOSE.....	216
<i>tafluprost (pf)</i>	222	<i>terbinafine hcl</i>	53	<i>tinidazole</i>	62
TAGRISSO.....	75	<i>terbutaline sulfate</i>	32	<i>tiopronin</i>	151
<i>take action</i>	116	<i>terconazole</i>	245	<i>tiotropium bromide monohydrate</i>	32
TAKHZYRO.....	156	<i>teriflunomide</i>	229	<i>tirofiban hcl in nacl</i>	155
TALICIA.....	240	<i>teriparatide</i>	142	TIROSINT.....	237
TALTZ.....	125	TERIPARATIDE.....	142	TIROSINT-SOL.....	237
TALVEY.....	73	TERLIVAZ.....	144	TISSEEL.....	161
TALZENNA.....	87	<i>terrell</i>	150	TISSUEBLUE.....	222
TAMIFLU.....	101	TESTOPEL.....	26	<i>tis-u-sol</i>	196
<i>tamoxifen citrate</i>	68	<i>testosterone</i>	26	TIVDAK.....	72
<i>tamsulosin hcl</i>	150	<i>testosterone cypionate</i>	26	TIVICAY.....	97
<i>taperdex 12-day</i>	119	<i>testosterone enanthate</i>	26	TIVICAY PD.....	97
<i>taperdex 6-day</i>	119	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS		<i>tizanidine hcl</i>	210
<i>taperdex 7-day</i>	119	TD.....	238	<i>tm-daily vite</i>	204
<i>targadox</i>	237	<i>tetrabenazine</i>	229	TNKASE.....	158
TARGRETIN.....	133	<i>tetracaine hcl</i>	219	TOBI PODHALER.....	16
<i>tarina 24 fe</i>	114	<i>tetracycline hcl</i>	237	TOBRADEX.....	220
		TEVIMBRA.....	72	TOBRADEX ST.....	220

<i>tobramycin</i>	16, 217	TRESIBA	46	<i>tropium chloride</i>	241
<i>tobramycin sulfate</i>	16	TRESIBA FLEXTOUCH	45	<i>tropium chloride er</i>	241
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	220	<i>tretinoin</i>	87, 122	<i>true comfort insulin syringe</i>	187
TOBREX	217	<i>tretinoin microsphere</i>	122	TRUE COMFORT INSULIN	
TODAY SPONGE	245	<i>tretinoin microsphere pump</i>	122	SYRINGE	187
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	187	TRETEN	154	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	187
TODAYS HEALTH SHORT PEN		TREXALL	69	TRUE COMFORT PRO INSULIN	
NEEDLE	187	<i>trezix</i>	22	SYR	187
TODAYS HEALTH THIN LANCETS		<i>triamcinolone acetonide</i>	128, 200	TRUE COMFORT PRO PEN	
28G	180	<i>triamcinolone in absorbase</i>	128	NEEDLES	187
TODAYS HEALTH THIN LANCETS		<i>triamterene</i>	135	<i>true comfort safety lancets</i>	180
30G	180	<i>triamterene-hctz</i>	134	TRUE COMFORT TWIST TOP	
TOLAK	124	<i>triazolam</i>	163	LANCETS	180
<i>tolcapone</i>	90	TRICARE	208	<i>true cover</i>	170
<i>tolmetin sodium</i>	19	TRICOR	56	<i>true daily vite</i>	204
TOLSURA	53	Tridacaine Ii	130	<i>true folic acid</i>	159
<i>tolterodine tartrate</i>	241	Tridacaine Iii	130	<i>true laxative</i>	165
<i>tolterodine tartrate er</i>	241	<i>triderm</i>	128	<i>true multivitamin</i>	204
<i>tolvaptan</i>	142	<i>trientine hcl</i>	194	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN	
TOPCARE CLICKFINE PEN		TRIESENCE	221	NEEDLES	187
NEEDLES	187	<i>tri-estarylla</i>	118	TRUEPLUS INSULIN SYRINGE	188
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN		<i>trifluoperazine hcl</i>	94	TRUEPLUS LANCETS 26G	180
33G	180	<i>trifluridine</i>	218	TRUEPLUS LANCETS 28G	180
TOPCARE ULTRA COMFORT INS		<i>trihexyphenidyl hcl</i>	89	TRUEPLUS LANCETS 30G	180
SYR	187	TRIJARDY XR	46	TRUEPLUS LANCETS 33G	180
<i>topiramate</i>	38	TRIKAFTA	235	TRUEPLUS PEN NEEDLES	188
<i>topiramate er</i>	38	<i>tri-legest fe</i>	118	TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G	
TOPOTECAN HCL	88	<i>tri-linyah</i>	118	.....	180
<i>topotecan hcl</i>	88	<i>tri-lo-estarylla</i>	118	TRULICITY	46
<i>toremifene citrate</i>	68	<i>tri-lo-marzia</i>	118	TRUMENBA	242
TORISEL	77	<i>tri-lo-mili</i>	118	TRUQAP	69
Torpenz	77	<i>tri-lo-sprintec</i>	118	TRUSKIN	132
<i>torsemide</i>	135	TRI-LUMA	128	TRUSTEX COLOR CONDOMS +	
TOTALVISC	222	TRILURON	212	LUBE	171
TOUJEO MAX SOLOSTAR	45	<i>trimethobenzamide hcl</i>	51	TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED	171
TOUJEO SOLOSTAR	45	TRIMETHOPRIM	62	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX	
<i>tovet</i>	128	<i>tri-mili</i>	118	ST	171
TPN ELECTROLYTES	191	<i>trimipramine maleate</i>	43	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	171
TPOXX	101	TRINATAL RX 1	208	TRUSTEX LUBRICATED	171
TRACLEER	108	<i>trinate</i>	208	TRUSTEX LUBRICATED EX	
TRALEMENT	193	TRINTELLIX	41	LARGE	171
TRAMADOL HCL	25	TRIPTODUR	140	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA	
<i>tramadol hcl</i>	25	TRISENOX	81	ST	171
<i>tramadol hcl (er biphasic)</i>	24	<i>tri-sprintec</i>	118	TRUSTEX	
<i>tramadol hcl er</i>	25	TRISTART DHA	209	LUBRICATED/SPERMICIDE	171
<i>tramadol-acetaminophen</i>	26	TRIUMEQ	96	TRUSTEX NATURAL CONDOMS +	
<i>trandolapril</i>	59	TRIUMEQ PD	96	LUBE	171
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	57	TRI-VI-FLOR	205	TRUSTEX NON-LUBRICATED	171
<i>tranexamic acid</i>	161	TRI-VI-FLORO	205	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	171
TRANEXAMIC ACID-NACL	161	<i>tri-vite/fluoride</i>	205	TRUSTEX RIA LUBRICATED	171
<i>tranlycypromine sulfate</i>	40	<i>trivora (28)</i>	118	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	171
TRAVASOL	215	<i>tri-vylibra</i>	118	TRUSTEX-NONOXYNOL-	
TRAVEL LANCETS ADVANCED		<i>tri-vylibra lo</i>	118	9/RIB/STUD	171
28G	180	TRODELVY	87	TRUXIMA	70
<i>travoprost (bak free)</i>	222	TROGARZO	96	TUKYSA	72
TRAZIMERA	72	TROJAN MAGNUM	170	TURALIO	78
<i>trazodone hcl</i>	41	TROJAN ULTRA THIN	170	TURPENTINE	130
TREANDA	67	TROJAN ULTRA		Turqoz	114
TRECTOR	67	THIN/SPERMICIDAL	170	TUSNEL C	120
TRELEGY ELLIPTA	30	TROJAN-ENZ LUBRICATED	170	TUXARIN ER	121
TRELSTAR MIXJECT	84	TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL	170	TWINRIX	242
TREMFYA	125	TROPHAMINE	215	TWIRLA	115
<i>treprostinil</i>	107	<i>tropicamide</i>	216	<i>twist top lancets 30g</i>	180

TYBLUME.....	114	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	188	<i>valproic acid</i>	40
TYBOST.....	99	.....	188	<i>valrubicin</i>	80
<i>tydemy</i>	114	ULTRA-THIN II LANCETS.....	180	<i>valsartan</i>	60
TYGACIL.....	236	ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE	188	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	60
TYMLOS.....	142	.....	188	VALSTAR.....	80
TYPHIM VI.....	242	ULTRA-THIN II PEN NEEDLE	188	VALTOCO 10 MG DOSE.....	36
TYSABRI.....	230	SHORT.....	188	VALTOCO 15 MG DOSE.....	36
TYVASO.....	108	ULTRA-THIN II PEN NEEDLES.....	188	VALTOCO 20 MG DOSE.....	36
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT	107	UNASYN.....	226	VALTOCO 5 MG DOSE.....	36
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT	107	UNIFINE PENTIPS.....	188	VALUE HEALTH INSULIN	
TYVASO DPI TITRATION KIT.....	108	UNIFINE PENTIPS PLUS.....	188	SYRINGE.....	188
TYVASO REFILL KIT.....	108	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE..	188	VALUE PLUS LANCET	
TYVASO STARTER KIT.....	108	UNIFINE SAFECONTROL PEN		STANDARD 21G.....	181
TZIELD.....	43	NEEDLE.....	188	VALUE PLUS LANCETS SUPER	
UBRELVY.....	189	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	188	THIN.....	181
UCERIS.....	120	UNILET COMFORTOUCH LANCET		VALUE PLUS LANCETS THIN 26G	181
UDENYCA.....	160	.....	180	VANCOCIN.....	63
UDENYCA ONBODY.....	160	UNILET EXCELITE.....	180	VANCOMYCIN HCL.....	64
ULTANE.....	150	UNILET EXCELITE II.....	180	<i>vancomycin hcl</i>	64
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR	188	UNILET G.P. LANCET.....	180	<i>vancomycin hcl in dextrose</i>	63
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT	188	UNILET G.P. SUPERLITE LANCET..	180	VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE	
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	188	UNILET GP 28 ULTRA THIN.....	180	.....	63, 64
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES..	188	UNILET LANCET.....	180	VANCOMYCIN HCL IN NACL.....	64
ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....	188	UNILET MICRO-THIN 33G.....	180	VANDAZOLE.....	245
ULTICARE PEN NEEDLES.....	188	UNILET SUPERLITE LANCET.....	180	VANFLYTA.....	78
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES..	188	UNILET SUPER-THIN 30G.....	181	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	188
ULTIGUARD SAFEPAK PEN		UNILET ULTRA-THIN 28G.....	181	VAQTA.....	244
NEEDLE.....	188	UNISTIK 3 GENTLE.....	181	<i>vardenafil hcl</i>	109
ULTIGUARD SAFEPAK		UNISTIK PRO SAFETY LANCET....	181	<i>varenicline tartrate</i>	234
SYR/NEEDLE.....	188	UNISTIK SAFETY LANCETS 28G...	181	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	234
ULTILET CLASSIC LANCETS.....	180	UNISTIK SAFETY LANCETS 30G...	181	<i>varenicline tartrate(continue)</i>	234
ULTILET LANCETS.....	180	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VARITHENA.....	198
ULTILET PEN NEEDLE.....	188	21G.....	181	VARIVAX.....	244
ULTILET SAFETY LANCETS.....	180	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VARIZIG.....	225
ULTILET SAFETY LANCETS 23G...	180	23G.....	181	VARUBI (180 MG DOSE).....	52
ULTIVA.....	25	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VASCEPA.....	55
ULTOMIRIS.....	155	28G.....	181	VASERETIC.....	58
<i>ultra b-100 complex</i>	210	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		<i>vasopressin</i>	144
ULTRA COMFORT INSULIN		30G.....	181	<i>vasopressin +rfd</i>	144
SYRINGE.....	188	<i>unithroid</i>	237	<i>vasopressin-sodium chloride</i>	144
ULTRA FLO INSULIN PEN		UNITUXIN.....	71	VASOSTRICT.....	144
NEEDLES.....	188	UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G		VAXCHORA.....	242
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2		.....	181	VAXELIS.....	238
UNIT.....	188	UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G		VAXNEUVANCE.....	242
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	188	.....	181	VAZCULEP.....	247
ULTRA THIN LANCETS 31G.....	180	UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE..	245
ULTRA THIN PEN NEEDLES.....	188	THIN.....	181	VECAMYL.....	61
ULTRACARE INSULIN SYRINGE...	188	UPLIZNA.....	197	VECTIBIX.....	75
ULTRA-CARE LANCETS 30G.....	180	UPNEEQ.....	222	<i>vecuronium bromide</i>	214
ULTRACARE PEN NEEDLES.....	188	UPTRAVI.....	108	VELCADE.....	78
ULTRAFOAM SPONGE		UPTRAVI TITRATION.....	109	VELETRI.....	108
2X6.25X7CM.....	162	UROCIT-K 10.....	150	<i>velivet</i>	118
ULTRAFOAM SPONGE		UROCIT-K 15.....	150	VELPHORO.....	149
8X12.5X1CM.....	162	URSO FORTE.....	146	VELTASSA.....	197
ULTRAFOAM SPONGE		<i>ursodiol</i>	146	VEMLIDY.....	99
8X12.5X3CM.....	162	UVADEX.....	81	VENCLEXTA.....	72, 73
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM	162	VABOMERE.....	63	VENCLEXTA STARTING PACK.....	73
ULTRAFOAM SPONGE		VABYSMO.....	216, 217	VENIPUNCTURE PX1	
8X6.25X1CM.....	163	<i>valacyclovir hcl</i>	100	PHLEBOTOMY.....	133
ULTRA-THIN II AUTO LANCET....	180	VALCHLOR.....	124	<i>venlafaxine hcl</i>	42
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT....	188	VALCYTE.....	99	<i>venlafaxine hcl er</i>	42
		<i>valganciclovir hcl</i>	99	VENOFER.....	160
		<i>valproate sodium</i>	40	VENTAVIS.....	108

VEOPOZ.....	155	VITAFOL-OB+DHA.....	209	WALGREENS ULTRA THIN	
VEOZAH.....	141	VITAFOL-ONE.....	209	LANCETS.....	181
<i>verapamil hcl</i>	105, 106	<i>vitalee</i>	204	<i>warfarin sodium</i>	34
<i>verapamil hcl er</i>	105	VITALIPID N INFANT.....	205	<i>water for irrigation, sterile</i>	196
VEREGEN.....	122	VITAMEDMD ONE		WEGMANS UNIFINE PENTIPS	
VERELAN.....	106	RX/QUATREFOLIC.....	209	PLUS.....	189
VERELAN PM.....	106	<i>vitamin b complex</i>	200	WEGOVI.....	14
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	189	<i>vitamin b complex w/b-12</i>	200	WELIREG.....	76
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	189	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	247	<i>wera</i>	114
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	189	<i>vitamin k1</i>	247	<i>wesnatal dha complete</i>	208
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G		<i>vitamin-b complex</i>	200	<i>wes-phos 250 neutral</i>	192
.....	181	VITAPEARL.....	208	WESTAB PLUS.....	208
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G		VITATHELY WITH GINGER.....	208	WESTGEL DHA.....	209
.....	181	VITATRUE.....	209	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60.....	171
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G		VITLIPID N ADULT.....	204	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65.....	171
.....	181	VITLIPID N INFANT.....	205	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70.....	171
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G		VITRAKVI.....	79	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75.....	171
.....	181	VIVA DHA.....	208	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80.....	171
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS		VIVAGUARD LANCETS.....	181	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85.....	171
28G.....	181	VIVAGUARD LANCETS 30G.....	181	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90.....	171
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS		VIVAGUARD SAFETY LANCETS		WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95.....	172
30G.....	181	28G.....	181	WILATE.....	154
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS		<i>vivimusta</i>	67	WINREVAIR.....	108
33G.....	181	VIVITROL.....	50	WINRHO SDF.....	225
VERKAZIA.....	218	VIVJOA.....	53	<i>wixela inhub</i>	30
VERQUVO.....	109	VIVOTIF.....	242	<i>womans laxative</i>	167
VERSACLOZ.....	93	VIZIMPRO.....	75	<i>womens laxative</i>	167
VERZENIO.....	82	<i>volnea</i>	111	<i>wymzya fe</i>	114
<i>vestura</i>	114	VONJO.....	84	XACDURO.....	63
VFEND.....	53	VONVENDI.....	154	XACIATO.....	245
VIBATIV.....	64	VORANIGO.....	83	XADAGO.....	89
VIBERZI.....	147	VORAXAZE.....	82	XALKORI.....	70
VICTOZA.....	46	<i>voriconazole</i>	53, 54	XARACOLL.....	168
VIDAZA.....	69	VOSEVI.....	100	XARELTO.....	34
<i>vienna</i>	114	VOWST.....	148	XARELTO STARTER PACK.....	34
<i>vigabatin</i>	39	VOXZOGO.....	141	XATMEP.....	69
<i>vigadrone</i>	39	VOYDEYA.....	155	XCOPRI.....	38, 39
Vigadrone.....	39	VP INSULIN SYRINGE.....	189	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	38
VIGAFYDE.....	39	VPRIV.....	158	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	38
VIGAMOX.....	217	VRAYLAR.....	91	XDEMVI.....	218
Vigpoder.....	39	VUMERITY.....	230	XELJANZ.....	17
VIJOICE.....	197	VUSION.....	123	XELJANZ XR.....	17
<i>vilazodone hcl</i>	41	<i>vyfemla</i>	114	XELPROS.....	222
VILTEPSO.....	213	VYLEESI.....	228	XEMBIFY.....	225
VIMIZIM.....	141	<i>vylibra</i>	114	XENPOZYME.....	135
VINATE DHA RF.....	208	VYLOY.....	71	XEOMIN.....	213
<i>vinblastine sulfate</i>	85	VYNDAMAX.....	109	XERAVA.....	236
<i>vincristine sulfate</i>	85	VYNDAQEL.....	109	XERESE.....	125
<i>vinorelbine tartrate</i>	85	VYONDYS 53.....	213	XERMELO.....	149
VIOKACE.....	134	VYVANSE.....	13	XGEVA.....	142
<i>viorele</i>	111	VYVGART.....	197	XIAFLEX.....	195
VIRACEPT.....	97	VYVGART HYTRULO.....	195	XIFAXAN.....	62
VIRAZOLE.....	101	VYXEOS.....	80	XIGDUO XR.....	47
VIREAD.....	99	VYZULTA.....	222	XIIDRA.....	216
VISCOAT.....	221	WAINUA.....	227	XIPERE.....	221
VISIONBLUE.....	222	WAKIX.....	14	XOFIGO.....	81
VISTOGARD.....	50	WALGREENS LANCETS.....	181	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	101
VISUDYNE.....	219	WALGREENS LANCETS MICRO		XOFLUZA (80 MG DOSE).....	101
<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	204	THIN.....	181	XOLAIR.....	31
VITAFOL FE+.....	209	WALGREENS LANCETS SUPER		XOLREMDI.....	158
VITAFOL GUMMIES.....	208	THIN.....	181	XOSPATA.....	78
VITAFOL ULTRA.....	209	WALGREENS THIN LANCETS.....	181	XPHOZAH.....	137
VITAFOL-OB.....	208			XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	79

XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)....	79	ZILRETTA.....	120
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..	79	ZILXI.....	131
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)....	79	ZIMHI.....	50
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..	79	<i>zinc chloride</i>	193
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)....	79	<i>zinc sulfate</i>	193
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..	79	ZINPLAVA.....	224
XTANDI.....	68	ZIOPTAN.....	222
<i>xulane</i>	115	ZIPHEX.....	208
XULTOPHY.....	46	<i>ziprasidone hcl</i>	91
XURIDEN.....	139	<i>ziprasidone mesylate</i>	91
XYLOCAINE.....	168	ZIRGAN.....	218
XYLOCAINE/EPINEPHRINE.....	168	ZITHROMAX.....	169
XYLOCAINE-MPF.....	168	ZITHROMAX TRI-PAK.....	169
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE..	168	ZITHROMAX Z-PAK.....	169
XYNTHA.....	154	ZOKINVY.....	195
XYNTHA SOLOFUSE.....	154	ZOLADEX.....	85
XYOSTED.....	26	<i>zoledronic acid</i>	136
XYREM.....	227	ZOLEDRONIC ACID.....	136
Yargesa.....	158	ZOLINZA.....	76
YASMIN 28.....	115	<i>zolmitriptan</i>	190
YAZ.....	115	<i>zolpidem tartrate</i>	164
YCANTH.....	130	<i>zolpidem tartrate er</i>	163
YERVOY.....	71	<i>zonisamide</i>	38
YF-VAX.....	244	ZONTIVITY.....	157
<i>yl balanced b-100</i>	202	ZORTRESS.....	197
<i>yl folic acid</i>	159	ZORYVE.....	125
YONDELIS.....	87	ZOSYN.....	226
YOSPRALA.....	157	<i>zovia 1/35 (28)</i>	115
YUPELRI.....	32	ZOVIRAX.....	126
YUTIQ.....	221	ZTALMY.....	38
<i>yuvafem</i>	246	ZUBSOLV.....	26
<i>zafemy</i>	115	ZULRESSO.....	40
<i>zafirlukast</i>	33	<i>zumandimine</i>	115
<i>zaleplon</i>	163	ZURZUVAE.....	40
ZALTRAP.....	88	ZYCLARA.....	129
ZALVIT.....	208	ZYCLARA PUMP.....	129, 130
ZANAFLEX.....	210	ZYDELIG.....	87
ZANOSAR.....	86	ZYKADIA.....	70
ZARXIO.....	160	ZYLET.....	220
ZEGALOGUE.....	44	ZYNLONTA.....	70
ZEJULA.....	87	ZYNYZ.....	72
ZELAPAR.....	89	ZYPREXA RELPREVV.....	95
ZELBORAF.....	74	ZYVOX.....	65
ZEMAIRA.....	235		
ZEMDRI.....	16		
ZEMPLAR.....	139		
<i>zenatane</i>	122		
ZENPEP.....	134		
<i>zenzedi</i>	13		
ZEPBOUND.....	13		
ZEPOSIA.....	234		
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK..	234		
ZEPOSIA STARTER KIT.....	234		
ZEPZELCA.....	67		
ZERBAXA.....	109		
ZESTORETIC.....	58		
ZEVALIN Y-90.....	80		
ZEVRX INSULIN SYRINGE.....	189		
ZEVRX PEN NEEDLES.....	189		
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G	181		
ZIAGEN.....	98		
<i>zidovudine</i>	98		
ZILBRYSQ.....	155		

**Para obtener información sobre tu beneficio de farmacia,
inicia sesión en anthem.com/ca.**

Encontrarás la lista de medicamentos y los detalles más actualizados sobre tus beneficios. Si tienes alguna pregunta, estamos aquí para ayudarte. Llámanos al número de Servicios para Afiliados que aparece en tu tarjeta de identificación.

Usuarios con problemas de habla o audición (TDD/TTY):
Llamar al 1-800-221-6915, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m., hora del Este.



Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Rev. 3/19

Get help in your language

Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:

You have the right to get this information and help in your language for free. Call the Member Services number on your ID card for help. (TTY/TDD: 711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

Spanish

Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma en forma gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda. (TTY/TDD: 711)

Chinese

您有權使用您的語言免費獲得該資訊和協助。請撥打您的 ID 卡上的成員服務號碼尋求協助。(TTY/TDD: 711)

Vietnamese

Quý vị có quyền nhận miễn phí thông tin này và sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Hãy gọi cho số Dịch Vụ Thành Viên trên thẻ ID của quý vị để được giúp đỡ. (TTY/TDD: 711)

Korean

귀하에게는 무료로 이 정보를 얻고 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 도움을 얻으려면 귀하의 ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

Tagalog

May karapatan kayong makuha ang impormasyon at tulong na ito sa ginagamit ninyong wika nang walang bayad. Tumawag sa numero ng Member Services na nasa inyong ID card para sa tulong. (TTY/TDD: 711)

Russian

Вы имеете право получить данную информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Для получения помощи звоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. (TTY/TDD: 711)

Arabic

يحق لك الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك مجاناً. اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك للمساعدة. (TTY/TDD: 711)

Armenian

Դուք իրավունք ունեք Ձեր լեզվով անվճար ստանալ այս տեղեկատվությունը և ցանկացած օգնություն: Օգնություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված համարով: (TTY/TDD: 711)

Farsi

شما این حق را دارید که این اطلاعات و کمکها را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک به شماره مرکز خدمات اعضاء که بر روی کارت شناساییتان درج شده است، تماس بگیرید. (TTY/TDD: 711)

French

Vous avez le droit d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour cela, veuillez appeler le numéro des Services destinés aux membres qui figure sur votre carte d'identification. (TTY/TDD: 711)

Japanese

この情報と支援を希望する言語で無料で受けることができます。支援を受けるには、IDカードに記載されているメンバーサービス番号に電話してください。(TTY/TDD: 711)

Haitian

Ou gen dwa pou resevwa enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pou gratis. Rele nimewo Manm Sèvis la ki sou kat idantifikasyon ou a pou jwenn èd. (TTY/TDD: 711)

Italian

Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed eventuale assistenza nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per assistenza, chiami il numero dedicato ai Servizi per i membri riportato sul suo libretto. (TTY/TDD: 711)

Polish

Masz prawo do bezpłatnego otrzymania niniejszych informacji oraz uzyskania pomocy w swoim języku. W tym celu skontaktuj się z Działem Obsługi Klienta pod numerem telefonu podanym na karcie identyfikacyjnej. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾ ਸੰਖਿਆ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)

Navajo

Bee ná ahoót'í t'áá ni nizaad k'ehjí níká a'doowó t'áá jík'e. Naaltsoos bee atah nilínígíí bee né'cho'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áá jì' hodiílnih. Naaltsoos bee atah nilínígíí bee né'cho'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áá jì' hodiílnih. (TTY/TDD: 711)

It's important we treat you fairly

That's why we follow federal civil rights laws in our health programs and activities. We don't discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn't English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call the Member Services number on your ID card for help (TTY/TDD: 711). If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Compliance Coordinator in writing to Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.