



Lista abierta de medicamentos tradicional

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de tres 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 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/pharmacy-information/select-your-state o anthem.com/ca/pharmacy-information/drug-list-formulary.
- 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 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 de medicamentos tradicionales

Tres Niveles

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION	4
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	15
ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC - BIOLOGICAL AGENTS	20
AMEBICIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	21
AMINOGLYCOSIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	21
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	22
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	30
ANALGESICS - OPIOID - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	32
ANDROGENS-ANABOLIC - HORMONES	37
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS - RECTAL PREPARATIONS	38
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR INFECTIONS	38
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART	38
ANTIANKXIETY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	39
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS FOR THE HEART	40
ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS	41
ANTICOAGULANTS - DRUGS FOR THE BLOOD	46
ANTICONVULSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	48
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	55
ANTIDIABETICS - HORMONES	59
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH	67
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING	67
ANTIEMETICS - DRUGS FOR THE STOMACH	69
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS	71
ANTIHIISTAMINES - DRUGS FOR THE LUNGS	73
ANTIHYPERLIPIDEMICS - DRUGS FOR THE HEART	74
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART	77
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS	83
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR INFECTIONS	87
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	87
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - DRUGS FOR INFECTIONS	88
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES - DRUGS FOR CANCER	88
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	111
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	113
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS	119
ANTIVIRALS - DRUGS FOR INFECTIONS	119
BETA BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	125
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	128
CARDIOTONICS - DRUGS FOR THE HEART	131
CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE HEART	131
CEPHALOSPORINS - DRUGS FOR INFECTIONS	135
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR WOMEN	136
CORTICOSTEROIDS - HORMONES	143
COUGH/COLD/ALLERGY - DRUGS FOR THE LUNGS	145
DERMATOLOGICALS - DRUGS FOR THE SKIN	146
DIAGNOSTIC PRODUCTS	161
DIGESTIVE AIDS - DRUGS FOR THE STOMACH	166
DIURETICS - DRUGS FOR THE HEART	166
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC. - HORMONES	167
ESTROGENS - HORMONES	177
FLUOROQUINOLONES - DRUGS FOR INFECTIONS	178
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH	179
GENERAL ANESTHETICS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	183
GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	184
GOUT AGENTS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	186
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE BLOOD	186
HEMATOPOIETIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION	192
HEMOSTATICS - DRUGS FOR THE BLOOD	196
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	198

LAXATIVES - DRUGS FOR THE STOMACH	199
LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	202
MACROLIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	203
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT	204
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	227
MINERALS & ELECTROLYTES - DRUGS FOR NUTRITION	229
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES - VITAMINS AND MINERALS	232
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT	237
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	238
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES	248
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL - DRUGS FOR THE NOSE	250
NEUROMUSCULAR AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	251
NUTRIENTS - DRUGS FOR NUTRITION	252
OPHTHALMIC AGENTS - DRUGS FOR THE EYE	254
OTIC AGENTS - DRUGS FOR THE EAR	262
OXYTOCICS - HORMONES	262
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS - BIOLOGICAL AGENTS	263
PENICILLINS - DRUGS FOR INFECTIONS	265
PROGESTINS - HORMONES	266
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	266
RESPIRATORY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE LUNGS	274
SULFONAMIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	276
TETRACYCLINES - DRUGS FOR INFECTIONS	276
THYROID AGENTS - HORMONES	277
TOXOIDS - BIOLOGICAL AGENTS	278
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR THE STOMACH	278
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	281
VACCINES - BIOLOGICAL AGENTS	282
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN	285
VASOPRESSORS - DRUGS FOR THE HEART	286
VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	288

Lista abierta de medicamentos tradicional: 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 doscientos dólares (\$ 200) 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. Si el proveedor del afiliado que prescribe envía una solicitud de excepción a la terapia escalonada, los planes de salud deben hacer excepciones a la terapia escalonada cuando se cumplan los criterios.

"**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**;

PSEUDOBLBAR AFFECT (PBA) AGENTS, NMDA ANTAGONISTS TYPE - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS
NUEDEXTA ORAL CAPSULE (<i>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</i> (Portia 28 Oral Tablet)

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.

Farmacias locales

Tu plan incluye farmacias locales en las principales cadenas minoristas, como CVS, Walmart, Target y Kroger. Ahorrarás más dinero cuando uses una de estas farmacias.

Para encontrar una farmacia cerca de ti:

1. Inicia sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca).
2. Elige "Find a Pharmacy" (Buscar una farmacia).
3. Ingresa tu código postal.

Farmacia CarelonRx

Para los medicamentos que tomas regularmente, haz que tus recetas lleguen a tu hogar con CarelonRx Pharmacy. Los miembros actuales de Anthem pueden comenzar en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) y visitar la página de "Pharmacy Benefits" (Beneficios de Farmacia). También puedes iniciar sesión en nuestra aplicación móvil Sydney Health y seleccionar "Pharmacy" (Farmacia). Registra tu cuenta de miembro si aún no lo has hecho. Ve a "View Prescriptions" (Ver Recetas) y sigue los pasos guiados para cambiar a CarelonRx Pharmacy. El envío siempre es gratuito. Llama al Centro de Contacto de CarelonRx Pharmacy al 833-396-0309 o utiliza la función de chat en vivo en Sydney Health o [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) para asistencia.

Farmacia especializada

Si tienes una condición compleja o crónica tratada con medicación especializada —que puede necesitar manejo especial o administrarse por inyección o infusión—, deberás obtenerla a través de nuestra farmacia especializada. Tu médico enviará la receta a nuestra farmacia especializada por ti, y se entregará en tu hogar o en el consultorio de tu doctor si necesita ser administrada por un médico.

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?

Los medicamentos que no están en el formulario se llaman medicamentos no incluidos en el formulario. Entendemos que solo usted y su médico saben qué es lo mejor para usted. Si desea tomar un medicamento que no está en el formulario o en la lista de medicamentos, es posible que deba pagar el costo total. 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 las opciones genéricas o de venta libre son una alternativa. Solo usted y su médico pueden decidir qué medicamentos son adecuados para usted. Si se determina que un medicamento no incluido en el formulario es medicamento apropiado y necesario, ese medicamento estará cubierto según los términos de sus beneficios.

Si un medicamento que está tomando no está cubierto, su médico puede solicitarnos que revisemos la cobertura. Este proceso se llama preaprobación 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.



Una vez que recibamos toda la información de respaldo necesaria, aprobaremos o denegaremos la solicitud de excepción basada en la necesidad médica.

Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción completada dentro de las 24 horas de haber recibido la solicitud en circunstancias urgentes, proporcionaremos cobertura, incluidas las reposiciones, durante la duración de la urgencia.

Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción completada dentro de las 72 horas de haber recibido una solicitud no urgente, proporcionaremos cobertura, incluidas las reposiciones, durante la duración de la prescripción.

Le notificaremos a usted o a su representante autorizado y al proveedor que prescribe sobre una autorización previa o una excepción de terapia escalonada completada dentro de las 24 horas de recibir una solicitud basada en circunstancias urgentes y dentro de las 72 horas de recibir todas las demás solicitudes.

También puede comunicarse con Servicios para Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si desea obtener un medicamento no incluido en el formulario que su médico determine que no es médicamente necesario, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros llamando al 1-800-365-0609 o al 1-866-333-4823 (línea TDD si tiene pérdida auditiva o del habla). Si el Centro de Autorizaciones Previas concluye que la reclamación de la receta debe ser denegada, los miembros y sus médicos recibirán cartas que explican el proceso de apelaciones y/o quejas.

Si actualmente está tomando el medicamento y fue aprobado por su plan de salud anterior o por nosotros, no requeriremos que pruebe otros medicamentos primero. Si el medicamento es seguro y efectivo para su condición, continuaremos cubriéndolo.

¿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 para ser cubierto. 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](https://www.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.

¿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 doscientos dólares (\$ 200) 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.

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.



¿Qué es la Autorización Previa? ¿Cómo funciona?

La Autorización Previa es un requisito del plan de salud en el que el afiliado o el proveedor que receta del afiliado debe obtener 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.

Su médico puede iniciar el proceso completando una Autorización Previa electrónica, llamando al número de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o descargando un formulario de autorización previa desde nuestro sitio web y enviándolo. Si se aprueba su solicitud, la cantidad que pagará por el medicamento dependerá de los beneficios de su plan.

Aquí hay algunas opciones para que su médico inicie el proceso de Autorización Previa (PA):

1. Enviar una solicitud de PA electrónica visitando <https://www.covermy meds.com/main/partners/anthem>.
2. Iniciar sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) y elegir Farmacia.
 - Ir a Recursos de Farmacia y Buscar en su Lista de Medicamentos su medicamento.
 - Elegir la fuerza y forma correcta del medicamento.
 - Desplazarse hacia abajo hasta Definición de Restricciones y localizar el Formulario de Fax aplicable en la tabla.
 - Su médico completa y envía el formulario por fax al 844-474-3347.
3. Llamar al número de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Una vez que recibamos toda la información de respaldo necesaria, aprobaremos o negaremos la solicitud de excepción según la necesidad médica.

Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción completada dentro de 24 horas después de recibir una solicitud basada en circunstancias urgentes, proporcionaremos cobertura, incluidas las renovaciones, durante la duración de la urgencia.

Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción completada dentro de 72 horas después de recibir una solicitud no urgente, proporcionaremos cobertura, incluidas las renovaciones, durante la duración de la prescripción.

Le notificaremos a usted o su representante autorizado y al proveedor recetante sobre una autorización previa completada o una excepción de terapia escalonada dentro de las 24 horas de recibir una solicitud basada en circunstancias urgentes y dentro de las 72 horas de recibir todas las demás solicitudes.

También puede comunicarse con Servicios para Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si desea obtener un medicamento no incluido en el formulario que su médico determina que no es médicamente necesario, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros llamando al 1-800-365-0609 o al 1-866-333-4823 (línea TDD si tiene pérdida auditiva o del habla). Si el Centro de Autorizaciones Previas concluye que la reclamación de la receta debe ser denegada, los miembros y sus médicos recibirán cartas que explican el proceso de apelaciones y/o quejas.

Si usted está tomando el medicamento actualmente y fue aprobado por su plan de salud anterior o por nosotros, no le requeriremos que pruebe otros medicamentos primero. Si el medicamento es seguro y efectivo para su condición, continuaremos cubriéndolo.

¿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.

Hay varias opciones para que tu médico inicie el proceso de excepción de Terapia Escalonada (ST):

1. Enviar una solicitud electrónica de Autorización Previa (PA) visitando <https://www.covermy meds.com/main/partners/anthem>.
2. Iniciar sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) y elegir Farmacia.
 - Ve a Recursos de Farmacia y busca tu medicamento en la lista de medicamentos.
 - Elige la concentración y forma correctas del medicamento.
 - Desplázate hacia abajo hasta la Definición de Restricciones y localiza el Formulario de Fax correspondiente en la tabla.
 - Tu médico completa y nos envía el formulario por fax al 844-474-3347.
3. Llamar al número de Servicios para Miembros que se encuentra en la parte trasera de tu tarjeta de identificación de miembro.



Una vez que recibamos toda la información de respaldo necesaria, aprobaremos o denegaremos la solicitud de excepción basada en la necesidad médica.

Si no respondemos a una solicitud de excepción de terapia escalonada completada dentro de las 24 horas de recibir una solicitud en circunstancias urgentes, proporcionaremos cobertura, incluidas las reposiciones, durante la duración de la urgencia.

Si no respondemos a una solicitud de excepción de terapia escalonada completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente, proporcionaremos cobertura, incluidas las reposiciones, durante la duración de la prescripción.

Le notificaremos a usted o a su representante autorizado y al proveedor que prescribe sobre una autorización previa o una excepción de terapia escalonada completada dentro de las 24 horas de recibir una solicitud en circunstancias urgentes y dentro de las 72 horas de recibir todas las demás solicitudes.

En circunstancias donde un afiliado está cambiando de planes, no requeriremos que el afiliado repita la terapia escalonada cuando ya está siendo tratado para una condición médica con un medicamento recetado, siempre que el medicamento esté apropiadamente prescrito y sea considerado seguro y efectivo para la condición del afiliado.

Si previamente hemos aprobado la cobertura del medicamento para su condición médica y su proveedor continúa prescribiéndolo para dicha condición, siempre que el medicamento esté apropiadamente prescrito y sea seguro y efectivo para su condición, no excluirémos la cobertura del medicamento.

Derechos Disponibles para Miembros

Opciones de Apelación

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura, tiene derecho a solicitar una queja (también conocida como apelación). A menos que su folleto de beneficios indique lo contrario, debe solicitar una queja dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en que reciba la carta de decisión de cobertura. Su proveedor, o cualquier otra persona que elija (representante autorizado), puede solicitar una queja en su nombre. También puede elegir a una persona para que lo ayude durante el proceso de quejas. Debe informarnos por escrito si desea que alguien lo ayude o lo represente.

¿Cómo solicito una queja urgente (acelerada)?

Una queja urgente está disponible si no ha recibido servicios (pre-servicio) o si actualmente está recibiendo servicios (atención concurrente) y usted o su proveedor de atención médica creen que su condición podría implicar una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, pero no limitándose a, dolor severo o pérdida potencial de vida, extremidad o función corporal mayor.

Le informaremos la decisión dentro de 3 días calendario después de recibir una queja urgente calificada. Le informaremos la decisión por teléfono y también se la enviaremos por escrito.

Usted, o cualquier persona que elija, puede solicitar una queja urgente por escrito o por teléfono:

Por escrito: Correo urgente

**Grievances and Appeals
21215 Burbank Boulevard
Woodland Hills, CA 91367**

Por teléfono: **1-800-365-0609** o **1-866-333-4823** (línea TDD si tiene pérdida auditiva o del habla)

Por fax: **1-855-211-3699**

Si califica para una queja urgente, puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) con el Departamento de Atención Médica Administrada (el departamento) en lugar de, o al mismo tiempo que, solicitar una queja urgente con su plan de salud. Los detalles sobre la IMR están incluidos en este documento (ver "Si no estoy de acuerdo con la decisión de la queja, ¿qué otros derechos tengo?").

¿Cómo solicito una queja estándar (no acelerada)?

Usted, o cualquier persona que elija, puede solicitar una queja estándar por escrito, por teléfono o en línea en www.anthem.com/ca.

Por escrito: Grievances and Appeals

**P.O. Box 4310
Woodland Hills, CA 91365-4310**

Por teléfono: **1-800-365-0609** o **866-333-4823** (línea TDD para personas con discapacidad auditiva y del habla)

Por fax: **1-877-551-6183**

Enviaremos una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la queja. Nuestra respuesta incluirá las razones de la decisión y referencias a las disposiciones del plan en las que se basó la decisión. Sin embargo, las quejas recibidas por teléfono que no sean disputas de cobertura, servicios de atención médica en disputa que involucren necesidad médica o tratamiento experimental o investigacional, y que se resuelvan al cierre del siguiente día hábil, no recibirán una respuesta por escrito.

¿Puedo obtener copias de los documentos para mis registros?

¡Por supuesto! Puede llamarnos o enviar una carta para solicitar copias gratuitas de todos los documentos, incluida la disposición de beneficios real, directriz, protocolo u otro criterio similar en el que se basó esta decisión.

¿Puedo obtener códigos de diagnóstico y tratamiento?

¡Sí! Solo llámenos para solicitarlos. También puede pedir descripciones de los códigos, si están disponibles.

¿Qué debe incluir mi queja?

Incluya, si está disponible, la siguiente información:

- El nombre del miembro y el número de identificación;
- El nombre del proveedor que brindará o ha brindado atención;
- Las fechas del servicio;
- El número de reclamo o referencia para la decisión específica con la que no está de acuerdo; y
- Las razones específicas por las que no está de acuerdo con la decisión.

Tiene el derecho, y le alentamos a que lo haga, de proporcionarnos comentarios por escrito, documentos y otra información relevante con su queja.

¿Cómo se manejará mi queja?

Los especialistas administrativos y/o clínicos apropiados revisarán su queja. Se revisará toda la información relevante presentada por usted o en su nombre, sin importar si fue considerada en el momento en que se tomó la decisión inicial. Podemos contactar a cualquier proveedor que pueda tener información adicional para respaldar su queja. Los revisores no habrán estado involucrados en la decisión inicial. Tampoco serán subordinados de la persona que tomó la decisión inicial.

Si no estoy de acuerdo con la decisión de la queja, ¿qué otros derechos tengo?

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, debe primero llamar a su plan de salud al **1-800-365-0609** o a la línea TDD **1-866-333-4823** para personas con discapacidad auditiva y del habla y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de contactar al departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para asistencia. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o investigacional y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web del departamento www.dmhca.gov tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Puede solicitar una IMR inmediatamente sin pasar por el proceso de quejas de su plan de salud si:

- Su servicio de atención médica en disputa involucra tratamiento experimental o investigacional; o
- El departamento decide que se justifica una revisión más temprana; o
- Existe una amenaza inminente o seria para su salud que requiere una revisión urgente (acelerada) de su caso.



Le ayudaremos con el proceso de aplicación si se justifica una revisión urgente de su caso. Puede encontrar la aplicación e instrucciones en línea en www.dmh.ca.gov (el sitio web del departamento). IMR es gratuita para usted. Tampoco hay tarifas de presentación.

Si denegamos su queja, le proporcionaremos más detalles sobre las opciones de resolución de disputas disponibles para usted. También puede consultar su folleto de beneficios o llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono en su tarjeta de identificación de miembro para obtener detalles sobre el proceso completo de quejas.

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.

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 \$200 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.

Tres Niveles

CURRENT AS OF 5/1/2025

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
INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>guanfacine hcl</i>)	3	PA
ONYDA XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>clonidine hcl</i>)	3	ST
*ADHD AGENT - SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>atomoxetine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>viloxazine hcl</i>)	3	ST
STRATTERA ORAL CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	3	PA
*AMPHETAMINE MIXTURES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
ADDERALL ORAL TABLET 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	3	ST; DO
ADDERALL ORAL TABLET 20 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
ADDERALL ORAL TABLET 30 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 5 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	3	ST; DO
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 25 MG, 30 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<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)
MYDAYIS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>amphetamine-dextroamphetamine</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*AMPHETAMINES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE (<i>amphetamine</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<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
DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
<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)
DYANAVAL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>amphetamine</i>)	3	ST; QL (8 mL per 1 day)
DYANAVAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MG, 5 MG (<i>amphetamine</i>)	3	ST; DO
DYANAVAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MG, 20 MG (<i>amphetamine</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 10 MG (<i>amphetamine sulfate</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 5 MG (<i>amphetamine sulfate</i>)	3	PA; DO
<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
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methamphetamine hcl oral tablet</i>	3	ST; QL (5 tablets 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)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH (<i>dextroamphetamine</i>)	3	ST; QL (1 patch 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	
*ANOREXIANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>phentermine-topiramate</i>)	3	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
*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)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>semaglutide-weight management</i>)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
*ANTI-OBESITY AGENT COMBINATIONS** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>naltrexone-bupropion hcl</i>)	3	PA; BE; QL (4 tablets per 1 day)
*DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRI)*** - 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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	3	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)
XENICAL ORAL CAPSULE (<i>orlistat</i>)	3	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>)	3	PA; LD; BE; QL (9 vials per 30 days)
*STIMULANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
AZSTARYS ORAL CAPSULE (<i>serdexmethylphen-dexmethylphen</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
*STIMULANTS - MISC.*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; DO
APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 50 MG, 60 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<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)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; DO
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 54 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE (<i>methylphenidate</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 10 MG/9HR, 15 MG/9HR (<i>methylphenidate</i>)	3	ST; DO
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 20 MG/9HR, 30 MG/9HR (<i>methylphenidate</i>)	3	ST; QL (1 patch 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
FOCALIN ORAL TABLET 10 MG (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FOCALIN ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	3	ST; DO
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	3	ST; DO
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 60 MG, 80 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; DO
METADATE CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	PA; DO
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5ML (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (30 mL per 1 day)
METHYLIN ORAL SOLUTION 5 MG/5ML (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
<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)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 54 mg, 63 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
NUVIGIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>armodafinil</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 50 MG (<i>armodafinil</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG (<i>modafinil</i>)	3	PA; DO
PROVIGIL ORAL TABLET 200 MG (<i>modafinil</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 20 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; DO
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 30 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 40 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
QUILLIVANT XR ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (12 mL per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; DO
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG, 54 MG, 63 MG, 72 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 20 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; DO
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; DO
RITALIN ORAL TABLET 20 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC - BIOLOGICAL AGENTS		
*ALLERGENIC EXTRACTS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>timothy grass pollen allergen</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PALFORZIA (1 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL DOSE 1-3YRS ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL DOSE 4-17YRS ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
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>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>tobramycin</i>)	3	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
KITABIS PAK (W/ NEBULIZER) INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>tobramycin</i>)	3	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
TOBI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>tobramycin</i>)	3	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE (<i>tobramycin</i>)	3	LD; QL (224 capsules 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	1 or 1b*	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1 or 1b*	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		
OLUMIANT ORAL TABLET (<i>baricitinib</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (<i>upadacitinib</i>)	3	PA; LD; QL (12 mL per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG (<i>upadacitinib</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (<i>upadacitinib</i>)	3	PA; LD; QL (84 tablets per 12 weeks); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (<i>tofacitinib citrate</i>)	3	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET (<i>tofacitinib citrate</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tofacitinib citrate</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i>)	3	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
*ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ABRILADA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab-afzb</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
ABRILADA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab-afzb</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
ABRILADA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab-afzb</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
<i>adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
<i>adalimumab-aacf (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit</i>	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit</i>	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>adalimumab-aacf(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit</i>	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
<i>adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
<i>adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml</i>	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
<i>adalimumab-aaty (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.2ml</i>	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml</i>	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector 40 mg/0.4ml</i>	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector 80 mg/0.8ml</i>	3	PA; LD; QL (2 auto-injector per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)); SP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution prefilled syringe</i>	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit</i>	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	3	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>	3	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>	3	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>	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
<i>adalimumab-fkjp (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.4ml</i>	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-ryvk (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
<i>adalimumab-ryvk (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit</i>	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab-atto</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab-atto</i>)	3	PA; LD; QL (2 autoinjector per 28 days); SP
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-atto</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)s); SP
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>adalimumab-atto</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>adalimumab-atto</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>adalimumab-atto</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab-adbm</i>)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab-adbm</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adbm</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>adalimumab-bwwd</i>)	3	PA; LD; QL (2 autoinjectors per 28 days); SP
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>adalimumab-bwwd</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HULIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab-fkjp</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
HULIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.4ML (<i>adalimumab-fkjp</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HULIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab-fkjp</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
HUMIRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)s); SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	3	PA; LD; QL (2 auto-injector per 28 days (QL exception needed for maintenance therapies); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>adalimumab-adaz</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>adalimumab-adaz</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PED>/=40KG CROHN START SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>adalimumab-adaz</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UEVIT START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>adalimumab-adaz</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>adalimumab-adaz</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	3	PA; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy/s)
SIMLANDI (1 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab-ryvk</i>)	3	SP
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab-ryvk</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	3	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golimumab</i>)	3	PA; LD; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>golimumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>golimumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab-aaty</i>)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-aaty</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
YUFLYMA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab-aaty</i>)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML (<i>adalimumab-aaty</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab-aaty</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab-aaty</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
YUSIMRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>adalimumab-aqvh</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
*CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 50 MG (<i>celecoxib</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
CELEBREX ORAL CAPSULE 400 MG (<i>celecoxib</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<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		
<i>auranofin oral capsule</i>	2	QL (3 capsules per 1 day)
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>)	3	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
*INTERLEUKIN-1 RECEPTOR ANTAGONIST (IL-1RA)*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>anakinra</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day)
*INTERLEUKIN-1BETA BLOCKERS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>canakinumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
*INTERLEUKIN-6 RECEPTOR INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tocilizumab</i>)	3	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tocilizumab</i>)	3	PA; LD; SP
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tocilizumab</i>)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>sarilumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 injection per 28 days); SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sarilumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 injection per 28 days); SP
TOFIDENCE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tocilizumab-bavi</i>)	3	PA; LD; SP
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tocilizumab-aazg</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tocilizumab-aazg</i>)	3	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tocilizumab-aazg</i>)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 50-0.2 MG (<i>diclofenac-misoprostol</i>)	3	ST; QL (4 tablet per 1 day)
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 75-0.2 MG (<i>diclofenac-misoprostol</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
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)
DUEXIS ORAL TABLET (<i>ibuprofen-famotidine</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet</i>	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>naproxen-esomeprazole mg oral tablet delayed release</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
VIMOVO ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>naproxen-esomeprazole</i>)	3	ST; 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	
COXANTO ORAL CAPSULE (<i>oxaprozin</i>)	3	QL (4 capsules per 1 day)
DAYPRO ORAL TABLET (<i>oxaprozin</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral capsule</i>	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	3	ST; QL (4 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)
EC-NAPROSYN ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>naproxen</i>)	3	ST
<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)
FENOPROFEN CALCIUM ORAL CAPSULE 200 MG	3	ST; QL (6 capsule per 1 day)
<i>fenopropfen calcium oral capsule 400 mg</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fenopropfen calcium oral tablet</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
FENOPRON ORAL CAPSULE (<i>fenopropfen calcium</i>)	3	ST; QL (4 capsules 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)
<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)
INDOCIN ORAL SUSPENSION (<i>indomethacin</i>)	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY (<i>indomethacin</i>)	3	ST; QL (4 suppositories 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 oral suspension</i>	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	3	ST; QL (4 suppositories 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>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>	3	ST; QL (8 capsules per 1 day)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>	3	ST; QL (4 capsules 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)
KIPROFEN ORAL CAPSULE (<i>ketoprofen</i>)	3	ST; QL (8 capsules per 1 day)
LODINE ORAL TABLET (<i>etodolac</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lofena oral tablet</i>	3	ST; QL (4 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 capsule</i>	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>meloxicam oral suspension</i>	3	ST; QL (10 mL per 1 day)
<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)
NALFON ORAL CAPSULE (<i>fenopropfen calcium</i>)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
NALFON ORAL TABLET (<i>fenopropfen calcium</i>)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
NAPRELAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>naproxen sodium</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NAPROSYN ORAL TABLET (<i>naproxen</i>)	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>naproxen dr oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>naproxen oral suspension</i>	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
<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 er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<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 capsule</i>	3	QL (4 capsules per 1 day)
<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)
RELAFEN DS ORAL TABLET (<i>nabumetone</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SPRIX NASAL SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	ST; QL (5 bottle per 30 days)
<i>sulindac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TOLECTIN 600 ORAL TABLET (<i>tolmetin sodium</i>)	3	ST
<i>tolmetin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>tolmetin sodium oral tablet</i>	3	ST
ZIPSOR ORAL CAPSULE (<i>diclofenac potassium</i>)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
OTEZLA ORAL TABLET (<i>apremilast</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (<i>apremilast</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG (<i>apremilast</i>)	3	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)
*SELECTIVE COSTIMULATION MODULATORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>abatacept</i>)	3	PA; LD; QL (4 Syringes per 28 days); SP
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>abatacept</i>)	3	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>abatacept</i>)	3	PA; LD; QL (4 syringes 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>etanercept</i>)	3	PA; LD; QL (4 cartridge per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>etanercept</i>)	3	PA; LD; QL (8 injections per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	3	PA; LD; QL (8 syringes per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>etanercept</i>)	3	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANALGESICS - SELECTIVE NAV1.8 SODIUM CHANNEL INHIBITORS*** - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
JOURNAVX ORAL TABLET (<i>suzetrigine</i>)	3	QL (15 tablets per 7 days)
*ANALGESICS OTHER*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*ANALGESICS-SEDATIVES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ALLZITAL ORAL TABLET (<i>butalbital-acetaminophen</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 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 50-300 mg</i>	3	QL (6 tablets 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 capsule 50-325-40 mg</i>	3	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)
FIORICET ORAL CAPSULE (<i>butalbital-apap-caffeine</i>)	3	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	
<i>aspirin low dose 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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*	
DOLOBID ORAL TABLET (<i>diflunisal</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<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>eq aspirin low dose oral tablet delayed release</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	
<i>ra aspirin childrens 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>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 (90 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)
FIORICET/CODEINE ORAL CAPSULE (<i>butalbital-apap-caff-cod</i>)	3	AL; QL (6 capsules 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	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)
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 60 MG	3	AL; QL (6 tablet per 1 day)
CONZIP ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tramadol hcl</i>)	3	PA; QL (1 capsule 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)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>sufentanil citrate</i>)	3	
<i>duramorph 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 pf injection solution prefilled syringe 25 mcg/0.5ml</i>	3	
FENTANYL CITRATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/ML	3	
<i>fentanyl citrate-nacl intravenous solution 1-0.9 mg/50ml-%, 2.5-0.9 mg/50ml-%, 5-0.9 mg/100ml-%, 5-0.9 mg/250ml-%</i>	3	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (15 patches per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg</i>	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	3	PA; QL (2 capsule per 1 day)
<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*	
<i>hydromorphone hcl-nacl intravenous solution 100-0.9 mg/100ml-%</i>	3	
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT (<i>hydrocodone bitartrate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
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 2 mg</i>	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 3 mg</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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
<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	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)
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>morphine sulfate</i>)	3	PA; QL (3 tablet per 1 day)
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>tapentadol hcl</i>)	3	PA; QL (2 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>	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (<i>oxycodone hcl</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 60 MG, 80 MG (<i>oxycodone hcl</i>)	3	PA; QL (2 tablet 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets 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)
<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)
<i>tramadol hcl oral tablet 75 mg</i>	3	PA; QL (5 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>remifentanil hcl</i>)	3	
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5 MG, 18 MG, 9 MG (<i>oxycodone</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 27 MG, 36 MG (<i>oxycodone</i>)	3	PA; QL (2 capsule per 1 day)
*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)
NALOCET ORAL TABLET	3	QL (6 tablet per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 10-300 MG/5ML	3	QL (30 mL per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET 10-300 MG, 5-300 MG, 7.5-300 MG	3	QL (6 tablets 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)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET 2.5-300 MG	3	QL (6 tablet per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
PERCOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 7.5-325 MG (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
PERCOCET ORAL TABLET 5-325 MG (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	3	QL (6 tablet per 1 day)
PROLATE ORAL SOLUTION (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	3	QL (30 mL per 1 day)
PROLATE ORAL TABLET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	3	QL (6 tablets 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	3	LD; QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	3	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)
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>buprenorphine</i>)	3	PA; QL (1 package per 28 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>)	3	LD; QL (1 syringe per 28 days)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (2 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 2-0.5 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (16 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 4-1 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (8 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 8-2 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (4 films per 1 day)
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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		
ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL (<i>testosterone</i>)	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; LD; SP
AZMIRO INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>testosterone cypionate</i>)	3	PA
<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)
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 200 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
METHITEST ORAL TABLET	3	PA
<i>methyltestosterone oral capsule</i>	3	PA
NATESTO NASAL GEL (<i>testosterone</i>)	3	PA; QL (3 pump bottles per 30 days)
TESTIM TRANSDERMAL GEL (<i>testosterone</i>)	3	PA; QL (1 packet per 1 day)
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)
TLANDO ORAL CAPSULE (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
UNDECATREX ORAL CAPSULE (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
VOGELXO PUMP TRANSDERMAL GEL (<i>testosterone</i>)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL (<i>testosterone</i>)	3	PA; QL (1 tube per 1 day)
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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

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*	
UCERIS RECTAL FOAM (<i>budesonide</i>)	3	QL (4.78 gm per 1 day)
*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 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 fill)
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 fill)
<i>praziquantel oral tablet</i>	1 or 1b*	
STROMEKTOL 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*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>	3	
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	
ANTI-ANXIETY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTI-ANXIETY 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</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<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</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ATIVAN INJECTION SOLUTION (<i>lorazepam</i>)	3	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG (<i>lorazepam</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
ATIVAN ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (<i>lorazepam</i>)	3	QL (3 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)
<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*	QL (12 tablets per 1 day)
<i>lorazepam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 1 MG (<i>lorazepam</i>)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 1.5 MG (<i>lorazepam</i>)	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 2 MG, 3 MG (<i>lorazepam</i>)	3	ST; QL (2 capsule per 1 day)
<i>oxazepam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
VALIUM ORAL TABLET (<i>diazepam</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
XANAX ORAL TABLET (<i>alprazolam</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG (<i>alprazolam</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1 MG (<i>alprazolam</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2 MG, 3 MG (<i>alprazolam</i>)	3	QL (2 tablets 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*	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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*	
*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)
TIKOSYN ORAL CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	3	LD
ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS		
*5-LIPOXYGENASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour</i>	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET (<i>zileuton</i>)	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
*ADRENERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	3	ST; QL (1 package per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	3	ST; 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AIRDUO RESPICLICK 113/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 232/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 55/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL (<i>albuterol-budesonide</i>)	3	PA; QL (3 inhalers per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>umeclidinium-vilanterol</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (<i>glycopyrrolate-formoterol</i>)	3	ST; 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> (Breyna 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)
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>aclidinium br-formoterol fum</i>)	3	ST; QL (1 unit per 25 days)
DULERA INHALATION AEROSOL (<i>mometasone furo-formoterol fum</i>)	3	ST; QL (1 inhaler 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)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL (<i>budesonide-formoterol fumarate</i>)	3	ST; QL (1.03 grams per 1 day)
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)
*ANTI-IGE MONOCLONAL ANTIBODIES**** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>omalizumab</i>)	3	PA; LD; QL (4 auto-injectors 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (<i>omalizumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>omalizumab</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>omalizumab</i>)	3	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, 2.5 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (180 vials per 30 days)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (5 MG/ML) 0.5%	1 or 1b*	QL (180 vials per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</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)
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*	
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>albuterol sulfate</i>)	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
XOPENEX HFA INHALATION AEROSOL (<i>levalbuterol tartrate</i>)	3	ST; QL (2 inhalers 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>ipratropium bromide hfa</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>umeclidinium bromide</i>)	3	ST; QL (1 inhaler 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)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>aclidinium bromide</i>)	3	ST; QL (0.04 EA 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>)	3	PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weekss); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML (<i>benralizumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML (<i>benralizumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringes per 8 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>mepolizumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (<i>mepolizumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mepolizumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP
*INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>reslizumab</i>)	3	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)
SINGULAIR ORAL PACKET (<i>montelukast sodium</i>)	3	QL (1 packet per 1 day)
SINGULAIR ORAL TABLET (<i>montelukast sodium</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SINGULAIR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>montelukast sodium</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<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>)	3	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	QL (1 tablet per 1 day)
<i>roflumilast oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*STEROID INHALANTS**** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone furoate</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (14 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	3	ST; QL (0.04 EA per 1 day)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL (<i>mometasone furoate</i>)	3	ST; 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)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>budesonide</i>)	3	ST; QL (0.07 EA per 1 day)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 0.25 MG/2ML, 0.5 MG/2ML (<i>budesonide</i>)	3	QL (120 ML per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 1 MG/2ML (<i>budesonide</i>)	3	QL (60 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tezepelumab-ekko</i>)	3	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*	
<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)
<i>rivaroxaban oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
SAVAYSA ORAL TABLET (<i>edoxaban tosylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
*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)
LOVENOX INJECTION SOLUTION (<i>enoxaparin sodium</i>)	3	QL (30 syringes per 30 days)
LOVENOX INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	3	QL (2 syringes per 1 day)
*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*	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule</i>	3	QL (2 capsules per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
PRADAXA ORAL PACKET 110 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	3	QL (4 packets per 1 day)
PRADAXA ORAL PACKET 150 MG, 20 MG (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	3	QL (2 packets per 1 day)
ANTICONVULSANTS - 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)
*ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</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)
KLONOPIN ORAL TABLET (<i>clonazepam</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
NAYZILAM NASAL SOLUTION (<i>midazolam (anticonvulsant)</i>)	3	PA; QL (50 mg per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION (<i>clobazam</i>)	3	QL (16 mL per 1 day)
ONFI ORAL TABLET (<i>clobazam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
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)
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		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	3	DO
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (<i>eslicarbazepine acetate</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
<i>carbamazepine oral tablet chewable 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (<i>carbamazepine</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (<i>carbamazepine</i>)	3	QL (5 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG (<i>stiripentol</i>)	3	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (<i>stiripentol</i>)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (<i>stiripentol</i>)	3	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (<i>stiripentol</i>)	3	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>)	3	PA; LD; SP
<i>epitol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
EPRONTIA ORAL SOLUTION (<i>topiramate</i>)	3	QL (16 mL per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION (<i>fenfluramine hcl</i>)	3	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)
GABARONE ORAL TABLET 100 MG (<i>gabapentin</i>)	3	PA; DO
GABARONE ORAL TABLET 400 MG (<i>gabapentin</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
KEPPRA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>levetiracetam</i>)	3	
KEPPRA ORAL SOLUTION (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (30 mL per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 1000 MG (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG, 750 MG (<i>levetiracetam</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 750 MG (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
<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)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (1 kit per 28 days)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 25 & 50 & 100 MG, 42 X 50 MG & 14X100 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (1 kit per 35 days)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 100 MG, 200 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 25 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	DO
LAMICTAL ORAL TABLET (<i>lamotrigine</i>)	3	DO
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 5 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 35 X 25 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (1 kit per 28 days)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 42 X 25 MG & 7 X 100 MG, 84 X 25 MG & 14X100 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (1 kit per 35 days)
LAMICTAL XR ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (28 tablets per 28 days)
LAMICTAL XR ORAL KIT 25 & 50 & 100 MG, 50 & 100 & 200 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (35 tablets per 35 days)
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	DO
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG, 300 MG (<i>lamotrigine</i>)	3	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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 NACL 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>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble</i>	3	QL (2 tablets per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (<i>pregabalin</i>)	3	QL (3 capsule per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 225 MG, 300 MG (<i>pregabalin</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 75 MG (<i>pregabalin</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
LYRICA ORAL SOLUTION (<i>pregabalin</i>)	3	QL (30 mL per 1 day)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>lacosamide</i>)	3	DO
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG (<i>lacosamide</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
MYSOLINE ORAL TABLET 250 MG (<i>primidone</i>)	3	QL (8 tablets per 1 day)
MYSOLINE ORAL TABLET 50 MG (<i>primidone</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
NEURONTIN ORAL CAPSULE (<i>gabapentin</i>)	3	DO
NEURONTIN ORAL SOLUTION (<i>gabapentin</i>)	3	QL (72 mL per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG (<i>gabapentin</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 800 MG (<i>gabapentin</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
<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)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 300 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	3	DO
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 600 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	3	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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
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)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION (<i>carbamazepine</i>)	3	QL (50 mL per 1 day)
TEGRETOL ORAL TABLET (<i>carbamazepine</i>)	3	QL (8 tablets per 1 day)
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (<i>carbamazepine</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 400 MG (<i>carbamazepine</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>topiramate</i>)	3	DO
TOPAMAX ORAL TABLET 200 MG (<i>topiramate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TOPAMAX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>topiramate</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
<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 15 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate oral capsule sprinkle 50 mg</i>	3	ST; QL (8 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION (<i>oxcarbazepine</i>)	3	QL (40 mL per 1 day)
TRILEPTAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TRILEPTAL ORAL TABLET 600 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 50 MG (<i>topiramate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (<i>topiramate</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG (<i>topiramate</i>)	3	ST; DO
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lacosamide</i>)	3	
VIMPAT ORAL SOLUTION (<i>lacosamide</i>)	3	QL (40 mL per 1 day)
VIMPAT ORAL TABLET (<i>lacosamide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZONEGRAN ORAL CAPSULE (<i>zonisamide</i>)	3	QL (6 capsule per 1 day)
ZONISADE ORAL SUSPENSION (<i>zonisamide</i>)	3	QL (6 bottles per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
ZTALMY ORAL SUSPENSION (<i>ganaxolone</i>)	3	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)
FELBATOL ORAL TABLET (<i>felbamate</i>)	3	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)
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		
SABRIL ORAL PACKET (<i>vigabatrin</i>)	3	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
SABRIL ORAL TABLET (<i>vigabatrin</i>)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
<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>)	3	LD; QL (25 mL per 1 day)
<i>vigabatrin</i> (Vigpoder Oral Packet)	1 or 1b*	LD; QL (6 packets 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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-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)
ZARONTIN ORAL CAPSULE (<i>ethosuximide</i>)	3	QL (6 capsules per 1 day)
ZARONTIN ORAL SOLUTION (<i>ethosuximide</i>)	3	QL (30 mL per 1 day)
*VALPROIC ACID*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG (<i>divalproex sodium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	3	QL (7 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG, 250 MG (<i>divalproex sodium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	3	QL (7 tablets per 1 day)
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE (<i>divalproex sodium</i>)	3	QL (8 capsules per 1 day)
<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)
<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*	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	
*ANTIDEPRESSANT - MISCELLANEOUS COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>dextromethorphan-bupropion</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIDEPRESSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG (<i>bupropion hbr</i>)	3	ST; DO
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG (<i>bupropion hbr</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<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*	QL (3 tablets per 1 day)
<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
FORFIVO XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>bupropion hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG (<i>bupropion hcl</i>)	3	ST; DO
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 150 MG, 200 MG (<i>bupropion hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (<i>bupropion hcl</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG (<i>bupropion hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*GABA RECEPTOR MODULATOR - NEUROACTIVE STEROID*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (<i>zuranolone</i>)	3	PA; LD; QL (28 capsules per 1 fill)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG (<i>zuranolone</i>)	3	PA; LD; QL (14 capsules 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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>)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (<i>esketamine hcl</i>)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
*SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
CELEXA ORAL TABLET (<i>citalopram hydrobromide</i>)	3	ST
CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL CAPSULE	3	ST
<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*	
LEXAPRO ORAL TABLET (<i>escitalopram oxalate</i>)	3	ST
<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 CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>paroxetine hcl</i>)	3	ST
PAXIL ORAL SUSPENSION (<i>paroxetine hcl</i>)	3	ST
PAXIL ORAL TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	3	ST
PROZAC ORAL CAPSULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	3	ST

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SERTRALINE HCL ORAL CAPSULE	3	ST
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	
<i>sertraline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE (<i>sertraline hcl</i>)	3	ST
ZOLOFT ORAL TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	3	ST
*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)
RALDESY ORAL SOLUTION (<i>trazodone hcl</i>)	3	ST; QL (60 mL 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)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>vilazodone hcl</i>)	3	ST; DO
VIIBRYD ORAL TABLET 40 MG (<i>vilazodone hcl</i>)	3	ST; 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		
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 20 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	3	PA; QL (6 capsules per 1 day)
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 30 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 60 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
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)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 60 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG, 40 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	3	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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (<i>venlafaxine hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 37.5 MG (<i>venlafaxine hcl</i>)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG (<i>venlafaxine hcl</i>)	3	ST; QL (3 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)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>desvenlafaxine succinate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG (<i>desvenlafaxine succinate</i>)	3	ST; DO
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<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 150 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet 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 er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg</i>	3	ST; QL (6 tablets per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	3	ST; QL (3 tablets 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
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG (<i>clomipramine hcl</i>)	3	DO
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 50 MG (<i>clomipramine hcl</i>)	3	QL (5 capsules per 1 day)
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 75 MG (<i>clomipramine hcl</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
<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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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
<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>)	3	PA; LD
*BIGUANIDES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
METFORMIN HCL ORAL TABLET 625 MG	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 750 mg</i>	3	PA; QL (3 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)
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)
ONGLYZA ORAL TABLET (<i>saxagliptin hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>saxagliptin hcl oral tablet</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sitagliptin oral tablet</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRADJENTA ORAL TABLET (<i>linagliptin</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZITUVIO ORAL TABLET (<i>sitagliptin</i>)	3	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 phos-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (<i>sitagliptin phos-metformin hcl</i>)	2	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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin phos-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO ORAL TABLET (<i>linagliptin-metformin hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (<i>linagliptin-metformin hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (<i>linagliptin-metformin hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 2.5-1000 mg</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg, 5-500 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sitagliptin base-metformin hcl oral tablet</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZITUVIMET ORAL TABLET (<i>sitagliptin base-metformin hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZITUVIMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (<i>sitagliptin base-metformin hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZITUVIMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin base-metformin hcl</i>)	3	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		
ADMELOG INJECTION SOLUTION (<i>insulin lispro</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
AFREZZA INHALATION POWDER 12 UNIT (<i>insulin regular human</i>)	3	PA; QL (9 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 4 UNIT, 90 X 4 UNIT & 90X8 UNIT (<i>insulin regular human</i>)	3	PA; QL (18 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 60X4 & 60X8 & 60X12 UNIT, 8 UNIT (<i>insulin regular human</i>)	3	PA; QL (12 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 90 X 8 UNIT & 90X12 UNIT (<i>insulin regular human</i>)	3	PA; QL (1 EA per 12 days)
APIDRA INJECTION SOLUTION (<i>insulin glulisine</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glulisine</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
BASAGLAR TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIASP INJECTION SOLUTION (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
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 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)
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
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 ASP PROT & ASP FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART PROT & ASPART SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 200 unit/ml</i>	3	ST; QL (18 mL per 30 days)
<i>insulin degludec subcutaneous solution</i>	3	ST; 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector</i>	3	ST; QL (12 mL per 30 days)
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	3	ST; QL (13.5 mL per 30 days)
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
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)
LYUMJEV TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro-aabc</i>)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>insulin regular(human) in nacl</i>)	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG INJECTION SOLUTION (<i>insulin aspart</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin aspart</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION (<i>insulin aspart</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine-aglr</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin glargine-yfgn</i>)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine-yfgn</i>)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
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)
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>)	3	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		
KORLYM ORAL TABLET (<i>mifepristone</i>)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	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)
*SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
GLYXAMBI ORAL TABLET (<i>empagliflozin-linagliptin</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
QTERN ORAL TABLET (<i>dapagliflozin-saxagliptin</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
STEGLUJAN ORAL TABLET (<i>ertugliflozin-sitagliptin</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>bexagliflozin oral tablet</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
BRENZAVVY ORAL TABLET (<i>bexagliflozin</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<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)
INVOKANA ORAL TABLET (<i>canagliflozin</i>)	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JARDIANCE ORAL TABLET (<i>empagliflozin</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
STEGLATRO ORAL TABLET (<i>ertugliflozin l-pyroglytamias</i>)	3	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)
INVOKAMET ORAL TABLET (<i>canagliflozin-metformin hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>canagliflozin-metformin hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SEGLUROMET ORAL TABLET (<i>ertugliflozin-metformin hcl</i>)	3	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*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
*SULFONYLUREAS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 3 mg</i>	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1a*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	QL (8 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (<i>glipizide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG (<i>glipizide</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	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		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET (<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>)	3	ST; QL (3 tablet per 1 day)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
*THIAZOLIDINEDIONES*** - DRUGS FOR DIABETES		
ACTOS ORAL TABLET (<i>pioglitazone hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<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		
<i>lactovive 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	
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
*ANTIDOTE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
NITHIODOLE INTRAVENOUS KIT (<i>sodium nitrite-sod thiosulfate</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral packet</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>deferiprone oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE (<i>deferasirox</i>)	3	PA; LD; SP
FERRIPROX ORAL SOLUTION (<i>deferiprone</i>)	3	PA; LD
FERRIPROX ORAL TABLET (<i>deferiprone</i>)	3	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (<i>deferiprone</i>)	3	PA; LD
JADENU ORAL TABLET (<i>deferasirox</i>)	3	PA; LD; SP
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET (<i>deferasirox</i>)	3	PA; LD; SP
*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>	1 or 1b*	LD; SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>deferoxamine mesylate</i>)	3	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	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE (<i>prussian blue insoluble</i>)	3	
SODIUM NITRITE 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
VISTOGARD ORAL PACKET (<i>uridine triacetate</i>)	3	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*	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*	
NARCAN NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	3	ST; QL (6 nasal spray per 90 days)
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>)	3	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 +rfid injection solution</i>	1 or 1b*	
<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)
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

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
DICLEGIS ORAL TABLET DELAYED 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		
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
<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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 BIPACK ORAL CAPSULE (<i>aprepitant</i>)	3	LD; QL (10 capsules per 25 days)
EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	3	PA; LD; QL (5 vial per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>aprepitant</i>)	3	QL (15 kit per 30 days)
EMEND TRIPACK ORAL CAPSULE (<i>aprepitant</i>)	3	LD; QL (15 capsules per 25 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>fulvicin p/g 165 oral tablet</i>	3	
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 165 mg</i>	3	
<i>nystatin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*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 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>posaconazole</i>)	3	
NOXAFIL ORAL PACKET (<i>posaconazole</i>)	3	PA; QL (31 packet per 30 days)
NOXAFIL ORAL SUSPENSION (<i>posaconazole</i>)	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>posaconazole</i>)	3	PA; QL (93 tablets 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 IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>voriconazole</i>)	3	
VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>voriconazole</i>)	3	PA; QL (17.5 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VFEND ORAL TABLET (<i>voriconazole</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted</i>	3	
<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)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
ANTIHISTAMINES - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ANTIHISTAMINES - ALKYLAMINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>ryclora oral solution</i>	3	ST
*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
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
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)
RYVENT ORAL TABLET (<i>carbinoxamine maleate</i>)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
*ANTIHISTAMINES - NON-SEDATING*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>cetirizine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	BE; 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*	BE; QL (10 mL per 1 day)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	BE; 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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*	
ANTHYPERLIPIDEMICS - DRUGS FOR THE HEART		
*ACL INHIB-INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB*** - 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)
*ANGIOPOIETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>evinacumab-dgnb</i>)	3	PA; LD
*ANTHYPERLIPIDEMICS - 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)
LOVAZA ORAL CAPSULE (<i>omega-3-acid ethyl esters</i>)	3	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 SEQUESTRANTS*** - 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUESTRAN ORAL POWDER (<i>cholestyramine</i>)	3	QL (54 gm per 1 day)
WELCHOL ORAL PACKET (<i>colesevelam hcl</i>)	3	QL (1 packet per 1 day)
WELCHOL ORAL TABLET (<i>colesevelam hcl</i>)	3	QL (6 tablets 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)
<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)
<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)
TRILIPIX ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>choline fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
*HMG COA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG (<i>lovastatin</i>)	3	ST; DO
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 60 MG (<i>lovastatin</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION (<i>atorvastatin calcium</i>)	3	ST; QL (20 mL per 1 day)
<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)
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (<i>rosuvastatin calcium</i>)	3	ST; DO
CRESTOR ORAL TABLET 40 MG (<i>rosuvastatin calcium</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 5 MG (<i>rosuvastatin calcium</i>)	3	ST; DO
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (<i>rosuvastatin calcium</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FLOLIPID ORAL SUSPENSION	3	ST; QL (5 mL per 1 day)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	3; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	DO
LESCOL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>fluvastatin sodium</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (<i>atorvastatin calcium</i>)	3	ST; DO
LIPITOR ORAL TABLET 80 MG (<i>atorvastatin calcium</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (<i>pitavastatin calcium</i>)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIVALO ORAL TABLET 4 MG (<i>pitavastatin calcium</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<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>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	ST; DO
<i>pitavastatin calcium oral tablet 4 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet 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)
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>simvastatin</i>)	3	ST; DO
ZOCOR ORAL TABLET 40 MG (<i>simvastatin</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG (<i>pitavastatin magnesium</i>)	3	ST; DO
ZYPITAMAG ORAL TABLET 4 MG (<i>pitavastatin magnesium</i>)	3	ST; 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)
VYTORIN ORAL TABLET (<i>ezetimibe-simvastatin</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZETIA ORAL TABLET (<i>ezetimibe</i>)	3	ST; 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)
*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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>)	3	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*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 5-10 mg, 5-20 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
LOTREL ORAL CAPSULE 10-20 MG, 10-40 MG (<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
LOTREL ORAL CAPSULE 5-10 MG, 5-20 MG (<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>)	3	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 (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
PRESTALIA ORAL TABLET 7-5 MG (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<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	QL (4 tablets per 1 day)
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*	QL (4 tablets per 1 day)
<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)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<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, 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		
ACCUPRIL ORAL TABLET 10 MG (<i>quinapril hcl</i>)	3	QL (8 tablets per 1 day)
ACCUPRIL ORAL TABLET 20 MG (<i>quinapril hcl</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ACCUPRIL ORAL TABLET 40 MG (<i>quinapril hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ACCUPRIL ORAL TABLET 5 MG (<i>quinapril hcl</i>)	3	QL (16 tablets per 1 day)
ALTACE ORAL CAPSULE 10 MG (<i>ramipril</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
ALTACE ORAL CAPSULE 2.5 MG (<i>ramipril</i>)	3	QL (8 capsules per 1 day)
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
<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>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	QL (16 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</i>	1 or 1b*	QL (24 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
<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</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 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*	QL (8 tablets per 1 day)
<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</i>	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1a*	QL (32 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 20 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	QL (16 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	QL (8 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 20 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LOTENSIN ORAL TABLET 40 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<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*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>perindopril erbumine oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<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</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<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>quinapril hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 capsules per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 2.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 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</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 10 MG (<i>enalapril maleate</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 2.5 MG (<i>enalapril maleate</i>)	3	QL (16 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 20 MG (<i>enalapril maleate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 5 MG (<i>enalapril maleate</i>)	3	QL (8 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG (<i>lisinopril</i>)	3	QL (8 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 2.5 MG (<i>lisinopril</i>)	3	QL (32 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 20 MG (<i>lisinopril</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 30 MG, 40 MG (<i>lisinopril</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 5 MG (<i>lisinopril</i>)	3	QL (16 tablets per 1 day)
*AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
DEMSER ORAL CAPSULE (<i>metirosine</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>metirosine 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-40 MG (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
AZOR ORAL TABLET 5-20 MG (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-320 MG (<i>amlodipine besylate-valsartan</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
EXFORGE ORAL TABLET 5-160 MG (<i>amlodipine besylate-valsartan</i>)	3	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		
ATACAND HCT ORAL TABLET 16-12.5 MG (<i>candesartan cilexetil-hctz</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ATACAND HCT ORAL TABLET 32-12.5 MG, 32-25 MG (<i>candesartan cilexetil-hctz</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG (<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
AVALIDE ORAL TABLET 300-12.5 MG (<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG (<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
BENICAR HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<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)
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 80-12.5 MG (<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG (<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
EDARBYCLOR ORAL TABLET (<i>azilsartan-chlorthalidone</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG (<i>losartan potassium-hctz</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
HYZAAR ORAL TABLET 50-12.5 MG (<i>losartan potassium-hctz</i>)	3	QL (2 tablets 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)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 80-12.5 MG (<i>telmisartan-hctz</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
MICARDIS HCT ORAL TABLET 80-25 MG (<i>telmisartan-hctz</i>)	3	QL (1 tablet 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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		
ATACAND ORAL TABLET 16 MG (<i>candesartan cilexetil</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ATACAND ORAL TABLET 32 MG (<i>candesartan cilexetil</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ATACAND ORAL TABLET 4 MG, 8 MG (<i>candesartan cilexetil</i>)	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG (<i>irbesartan</i>)	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 300 MG (<i>irbesartan</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
BENICAR ORAL TABLET 20 MG, 5 MG (<i>olmesartan medoxomil</i>)	3	DO
BENICAR ORAL TABLET 40 MG (<i>olmesartan medoxomil</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<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
COZAAR ORAL TABLET 100 MG (<i>losartan potassium</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
COZAAR ORAL TABLET 25 MG (<i>losartan potassium</i>)	3	DO
COZAAR ORAL TABLET 50 MG (<i>losartan potassium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG (<i>valsartan</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 320 MG (<i>valsartan</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (<i>valsartan</i>)	3	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)
MICARDIS ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (<i>telmisartan</i>)	3	DO
MICARDIS ORAL TABLET 80 MG (<i>telmisartan</i>)	3	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)
VALSARTAN ORAL SOLUTION	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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-25 MG (<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
EXFORGE HCT ORAL TABLET 5-160-12.5 MG (<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>)	3	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)
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG (<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TRIBENZOR ORAL TABLET 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG (<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>)	3	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)
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 er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	ST; QL (3 tablets 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</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)
NEXICLON XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>clonidine</i>)	3	ST; QL (3 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
TEKURNA ORAL TABLET 150 MG (<i>aliskiren fumarate</i>)	3	DO
TEKURNA ORAL TABLET 300 MG (<i>aliskiren fumarate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE HEART		
TRYVIO ORAL TABLET (<i>aproцитentan</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS)*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone oral tablet</i>	1 or 1b*	
INSPRA 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		
IMPAVIDO ORAL CAPSULE (<i>miltefosine</i>)	3	PA; QL (84 capsules per 1 fill)
LIKMEZ ORAL SUSPENSION (<i>metronidazole</i>)	3	PA
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>metronidazole oral capsule</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metronidazole oral tablet 125 mg</i>	3	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentamidine isethionate</i>)	3	LD
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentamidine isethionate</i>)	3	LD
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	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*	
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*	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	QL (1200 mL per 30 days)
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	3	
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	3	
VANOCIN ORAL CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	3	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)
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 NA CL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NA CL 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vancomycin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (240 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (1200 mL per 30 days)
VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG/5ML	1 or 1b*	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 NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>clindamycin phosphate injection solution</i>	1 or 1b*	
LINCOCIN INJECTION SOLUTION (<i>lincomycin hcl</i>)	3	
<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>)	3	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*	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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	
*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)
PLAQUENIL ORAL TABLET (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
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)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
*ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>neostigmine methylsulfate</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>neostigmine methylsulfate</i>)	3	
FIRDAPSE ORAL TABLET (<i>amifampridine phosphate</i>)	3	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>neostigmine methylsulfate rfid intravenous solution</i>	3	
<i>neostigmine methylsulfate rfid intravenous solution prefilled syringe</i>	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*	
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

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
GRAFAPEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>treosulfan</i>)	3	PA
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
<i>abiraterone acetate</i> (Abirtega Oral Tablet)	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
YONSA ORAL TABLET (<i>abiraterone acetate micronized</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG (<i>abiraterone acetate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG (<i>abiraterone acetate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*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
NILANDRON ORAL TABLET (<i>nilutamide</i>)	3; OC	LD; QL (1 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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; 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; 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
AXTLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pemetrexed dipotassium</i>)	3	PA
<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
<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 suspension</i>	1 or 1b*; 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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 dipotassium intravenous solution reconstituted</i>	3	PA
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 1 gm/40ml</i>	3	LD; SP
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 100 mg/4ml, 500 mg/20ml</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
XELODA ORAL TABLET (<i>capecitabine</i>)	3; OC	PA; LD; SP; 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>alectinib 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
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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
*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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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 100 MG (<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
HERCESSI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-strf</i>)	3	ST; 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
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

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TUKYSA ORAL TABLET (<i>tucatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
ZIIHERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>zanidatamab-hrii</i>)	3	PA; SP
*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
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
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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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
DANZITEN ORAL TABLET (<i>nilotinib tartrate</i>)	3; OC	ST; QL (4 tablets per 1 day); OC
<i>dasatinib oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GLEEVEC ORAL TABLET (<i>imatinib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG (<i>ponatinib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG (<i>ponatinib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
<i>imkeldi oral solution</i>	3; OC	PA; QL (10 mL per 1 day); OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG (<i>asciminib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (<i>asciminib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
SPRYCEL ORAL TABLET (<i>dasatinib</i>)	3; 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
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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>tovorafenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 bottles per 28 days); OC
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 - CSF1R KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ROMVIMZA ORAL CAPSULE (<i>vimseltinib</i>)	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 Straight PA no ST embeddeds); 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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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
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
TARCEVA ORAL TABLET (<i>erlotinib hcl</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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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
*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 240 MG (<i>sotorasib</i>)	3; OC	PA; QL (4 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
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG (<i>mirdametinib</i>)	3; OC	QL (8 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG (<i>mirdametinib</i>)	3; OC	QL (4 capsules per 1 day); OC
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE (<i>mirdametinib</i>)	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); 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
MEKTOVI ORAL TABLET (<i>binimetinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MENIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG (<i>revumenib citrate</i>)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG (<i>revumenib citrate</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG (<i>revumenib citrate</i>)	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); 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		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE (<i>everolimus</i>)	3; OC	PA; LD; SP; OC
AFINITOR ORAL TABLET (<i>everolimus</i>)	3; OC	PA; LD; SP; OC
<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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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
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
TYKERB ORAL TABLET (<i>lapatinib ditosylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
VANFLYTA ORAL TABLET (<i>quizartinib dihydrochloride</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VOTRIENT ORAL TABLET (<i>pazopanib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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		
BIZENGRI (750 MG DOSE) INTRAVENOUS SOLUTION THERAPY PACK (<i>zenocutuzumab-zbco</i>)	3	PA; QL (4 vials per 28 days)
RYBREVANT 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
BORUZU INJECTION SOLUTION (<i>bortezomib</i>)	3	PA; 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
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 160 MG (<i>repotrectinib</i>)	3; OC	QL (2 capsules per 1 day); SP; OC
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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 10 MG (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG (<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
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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>nivolumab-hyaluronidase-nvhy</i>)	3	PA; SP
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
*ANTINEOPLASTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR CANCER		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>calaspargase pegol-mknl</i>)	3	PA; LD
ONCASPASPAR INJECTION SOLUTION (<i>pegaspargase</i>)	3	PA; LD
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>asparaginase erwinia chry-rywn</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
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tagraxofusp-erzs</i>)	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>)	3	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>)	3	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; OC
ARIMIDEX ORAL TABLET (<i>anastrozole</i>)	3; OC	LD; OC
AROMASIN ORAL TABLET (<i>exemestane</i>)	3; OC	LD; OC
<i>exemestane oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	LD; OC
FEMARA ORAL TABLET (<i>letrozole</i>)	3; OC	LD; OC
<i>letrozole oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	LD; 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	LD; SP
*CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - KERATINOCYTE GROWTH FACTORS*** - DRUGS FOR CANCER		
KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>palifermin</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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
<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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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
*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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>)	3	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 (<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
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	LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>docetaxel</i>)	3	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

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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
EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	LD; SP
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/2ML, 2 GM/4ML (<i>cyclophosphamide</i>)	3	LD; SP
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (<i>cyclophosphamide</i>)	3	LD
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
<i>ivra intravenous solution</i>	3	
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	
*OLIGONUCLEOTIDE TELOMERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imetelstat sodium</i>)	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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		
COPIKTRA ORAL CAPSULE (<i>duvelisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG (<i>inavolisib</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG (<i>inavolisib</i>)	3; OC	PA; 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
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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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
TARGRETIN ORAL CAPSULE (<i>bexarotene</i>)	3; 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		
DATROWAY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>datopotamab deruxtecan-dlnk</i>)	3	PA; SP
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
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
<i>mesna oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mesna</i>)	3	PA; LD
MESNEX ORAL TABLET (<i>mesna</i>)	3	PA; LD
*VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ALYMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab-maly</i>)	3	PA; LD; SP
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

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab-adcd</i>)	3	PA; LD; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ziv-aflibercept</i>)	3	PA; LD; SP
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab-bvzr</i>)	3	PA; LD; SP
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR PARKINSON		
NOURIANZ ORAL TABLET (<i>istradefylline</i>)	3	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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE (<i>levodopa</i>)	3	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)
*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*	
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 35-140 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	ST; QL (15 capsules per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 52.5-210 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	ST; QL (10 capsules per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 70-280 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	ST; QL (7 capsules per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 87.5-350 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
DHIVY ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION (<i>carbidopa-levodopa</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
VYALEV SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>foscarbidopa-foslevodopa</i>)	3	PA; QL (6 cartons per 28 days); SP
*NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>apomorphine hcl</i>)	3	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>rotigotine</i>)	3	QL (1 patch per 1 day)
ONAPGO SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>apomorphine hcl</i>)	3	PA; QL (20 mL per 1 day); SP
<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)
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</i>	1 or 1a*	QL (12 capsules per 1 day)
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 capsules per 1 day)
<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*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>lithium oral solution</i>	1 or 1b*	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>lithium carbonate</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
*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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG (<i>ziprasidone hcl</i>)	3	ST; DO
GEODON ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (<i>ziprasidone hcl</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG (<i>lurasidone hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LATUDA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (<i>lurasidone hcl</i>)	3	ST; DO
LATUDA ORAL TABLET 80 MG (<i>lurasidone hcl</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<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>)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET (<i>pimavanserin tartrate</i>)	3	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		
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1 kit per 180 days)
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)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (5 mL per 180 days)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG (<i>paliperidone</i>)	3	ST; DO
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG (<i>paliperidone</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 9 MG (<i>paliperidone</i>)	3	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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>risperidone</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG (<i>risperidone microspheres</i>)	3	AL; QL (2 injections per 1 day)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (<i>risperidone microspheres</i>)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
RISPERDAL ORAL SOLUTION (<i>risperidone</i>)	3	ST; QL (8 mL per 1 day)
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (<i>risperidone</i>)	3	ST; DO
RISPERDAL ORAL TABLET 3 MG, 4 MG (<i>risperidone</i>)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<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)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>risperidone</i>)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>risperidone</i>)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)
*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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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
<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)
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG (<i>clozapine</i>)	3	AL; QL (9 tablets per 1 day)
CLOZARIL ORAL TABLET 25 MG (<i>clozapine</i>)	3	DO; AL
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
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG (<i>asenapine maleate</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG, 5 MG (<i>asenapine maleate</i>)	3	ST; DO
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)
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (<i>quetiapine fumarate</i>)	3	ST; DO
SEROQUEL ORAL TABLET 300 MG, 400 MG (<i>quetiapine fumarate</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG (<i>quetiapine fumarate</i>)	3	ST; DO
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG, 50 MG (<i>quetiapine fumarate</i>)	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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)
*MUSCARINIC AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
COBENFY ORAL CAPSULE (<i>xanomeline-trospium chloride</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>xanomeline-trospium chloride</i>)	3	ST; QL (1 pack per 6 months)
*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
<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

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>aripiprazole</i>)	3	AL; QL (1 injection per 56 days)
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)
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (<i>aripiprazole</i>)	3	ST; DO
ABILIFY ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (<i>aripiprazole</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)
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)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 5 MG (<i>aripiprazole</i>)	3	ST; QL (3 films per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG (<i>aripiprazole</i>)	3	ST; DO
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>olanzapine oral tablet dispersible 20 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPREXA INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>olanzapine</i>)	3	AL; QL (3 injections per 1 fill)
ZYPREXA ORAL TABLET (<i>olanzapine</i>)	3	ST; QL (1 tablets per 1 day)
*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)
CIMDUO ORAL TABLET (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
COMPLERA ORAL TABLET (<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
DELSTRIGO ORAL TABLET (<i>doravirin-lamivudin-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-emtricitab-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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 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>emtricitab- rilpivir-tenofof af</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET (<i>darunavir-cobicistat</i>)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofof</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMFI LO ORAL TABLET (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMFI ORAL TABLET (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMTUZA ORAL TABLET (<i>darun-cobic-emtricit-tenofof</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET (<i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i>)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
TRUVADA ORAL TABLET (<i>emtricitabine-tenofovir df</i>)	3	ST; LD; QL (1 tablet 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)
*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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 600 MG (<i>darunavir</i>)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir</i>)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG (<i>darunavir</i>)	3	LD; QL (1 tablet 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)
*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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 10 mg/ml</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)
*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)
VIREAD ORAL TABLET 300 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	3	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>)	2	QL (1 pack 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	2	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	3	LD; SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	LD; SP
LIVTENCITY ORAL TABLET (<i>maribavir</i>)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>letermovir</i>)	3	PA; LD; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL PACKET (<i>letermovir</i>)	3	PA; QL (810 packets per 1 year)
PREVYMIS ORAL TABLET (<i>letermovir</i>)	3	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>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (<i>entecavir</i>)	2	PA; LD; QL (20 mL per 1 day)
BARACLUDE ORAL TABLET (<i>entecavir</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>entecavir oral tablet</i>	1 or 1b*	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>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	3	PA; LD; QL (2 packets 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAVYRET ORAL PACKET (<i>glecaprevir-pibrentasvir</i>)	3	PA; LD; QL (5 packets per 1 day); SP
MAVYRET ORAL TABLET (<i>glecaprevir-pibrentasvir</i>)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VOSEVI ORAL TABLET (<i>sofosbuv-velpatasv-voxilaprev</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ZEPATIER ORAL TABLET (<i>elbasvir-grazoprevir</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*HEPATITIS C AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	3	LD; QL (4 vials per 28 days); SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	3	LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
<i>ribavirin oral capsule</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
<i>ribavirin oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
SOVALDI ORAL PACKET 150 MG (<i>sofosbuvir</i>)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
SOVALDI ORAL PACKET 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG (<i>sofosbuvir</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet 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*	
SITAVIG BUCCAL TABLET (<i>acyclovir</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 30 days)
<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)
VALTrex ORAL TABLET 1 GM (<i>valacyclovir hcl</i>)	3	QL (30 tablets per 1 fill)
VALTrex ORAL TABLET 500 MG (<i>valacyclovir hcl</i>)	3	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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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)
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 (20 MI 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (<i>carvedilol phosphate</i>)	3	DO
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG (<i>carvedilol phosphate</i>)	3	QL (4 capsules per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG (<i>carvedilol phosphate</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG (<i>carvedilol phosphate</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 3.125 MG, 6.25 MG (<i>carvedilol</i>)	3	DO
COREG ORAL TABLET 25 MG (<i>carvedilol</i>)	3	QL (4 tablets 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)
<i>labetalol hcl oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>labetalol hcl oral tablet 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 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 NA CL 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	
BYSTOLIC ORAL TABLET (<i>nebivolol hcl</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	
LOPRESSOR ORAL TABLET (<i>metoprolol tartrate</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*	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TENORMIN ORAL TABLET (<i>atenolol</i>)	3	
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>metoprolol succinate</i>)	3	
*BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 80 MG (<i>sotalol hcl af</i>)	3	QL (3 tablet per 1 day)
BETAPACE AF ORAL TABLET 160 MG (<i>sotalol hcl af</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 80 MG (<i>sotalol hcl</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
BETAPACE ORAL TABLET 160 MG (<i>sotalol hcl</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
HEMANGEOL ORAL SOLUTION (<i>propranolol hcl</i>)	3	
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 60 MG, 80 MG (<i>propranolol hcl</i>)	3	DO
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 160 MG (<i>propranolol hcl</i>)	3	QL (4 capsules per 1 day)
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*	
<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 120 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)	3	DO
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	DO
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
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>clevidipine</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

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 NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nicardipine hcl intravenous solution</i>	3	
<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)
<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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>nimodipine oral solution</i>	1 or 1b*	QL (120 mL 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)
NORVASC ORAL TABLET 10 MG (<i>amlodipine besylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
NORVASC ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (<i>amlodipine besylate</i>)	3	DO
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*	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
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 ORAL TABLET 125 MCG, 62.5 MCG (<i>digoxin</i>)	3	DO
LANOXIN ORAL TABLET 250 MCG (<i>digoxin</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
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
*CARDIAC MYOSIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART		
CAMZYOS ORAL CAPSULE (<i>mavacamten</i>)	3	PA; LD; QL (1 capsule 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CARDIOVASCULAR ANTI-INFLAMMATORY/IMMUNE MODULATORS*** - DRUGS FOR THE HEART		
LODOCO ORAL TABLET (<i>colchicine</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*CARDIOVASCULAR SGLT2 INHIBITORS** - DRUGS FOR THE HEART		
INPEFA ORAL TABLET (<i>sotagliflozin</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*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>)	3	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>alprostadil injection solution</i>	1 or 1b*	
AURLUMYN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iloprost</i>)	3	
<i>epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
FOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>epoprostenol sodium</i>)	3	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>treprostinil diolamine</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>treprostinil diolamine</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>treprostinil diolamine</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>treprostinil diolamine</i>)	3	PA; LD; SP
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION (<i>alprostadil</i>)	3	
REMODULIN INJECTION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	3	PA; LD; SP
<i>treprostinil injection solution</i>	1 or 1b*	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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER (<i>treprostinil</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER (<i>treprostinil</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER (<i>treprostinil</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
TYVASO INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>epoprostenol sodium</i>)	3	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (<i>iloprost</i>)	3	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>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 21 days); SP
*PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>ambrisentan oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<i>bosentan oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
LETAIRIS ORAL TABLET (<i>ambrisentan</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
OPSUMIT ORAL TABLET (<i>macitentan</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET (<i>bosentan</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (<i>bosentan</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
*PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ADCIRCA ORAL TABLET (<i>tadalafil (pah)</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
<i>alyq oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
REVATIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sildenafil citrate</i>)	3	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP
REVATIO ORAL TABLET (<i>sildenafil citrate</i>)	3	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
<i>sildenafil citrate intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (24 mL per 1 day); SP
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (12 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tadalafil (pah) oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TADLIQ ORAL SUSPENSION (<i>tadalafil (pah)</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET (<i>selexipag</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selexipag</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
*SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART		
<i>avanafil oral tablet</i>	3	PA
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>tadalafil</i>)	3	PA
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (<i>tadalafil</i>)	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	PA
STENDRA ORAL TABLET (<i>avanafil</i>)	3	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</i>	3	PA
<i>vardenafil hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	PA
VIAGRA ORAL TABLET (<i>sildenafil citrate</i>)	3	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)
CORLANOR ORAL TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	3	PA; QL (2 tablets 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		
ATTRUBY ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>acoramidis hcl</i>)	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE (<i>tafamidis</i>)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (<i>tafamidis meglumine (cardiac)</i>)	3	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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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 1-4 GM-% (50ML), 2-3 GM-% (50ML)	3	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 3-2 gm-% (50ml)</i>	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		
CEFACTOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
<i>cefactor oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefactor 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*	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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*	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1 or 1b*	
CEFTRIAZONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFTRIAZONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>kariva oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (<i>norethin-eth estrad-fe biphas</i>)	2	\$0
<i>pimtrex 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	
<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 (28) 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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>falmina oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Feirza 1.5/30 Oral Tablet)	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Feirza 1/20 Oral Tablet)	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	
<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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>lutra 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</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)	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	
<i>mili oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i> (Minzoya Oral Tablet)	1 or 1b*; \$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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Valtya 1/50 Oral Tablet)	1 or 1a*; \$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	
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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>afterpill oral tablet</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	
<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>)	3	LD; SP
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE*** - BIRTH CONTROL PILLS		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>medroxyprogesterone acetate</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD*** - BIRTH CONTROL PILLS		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	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	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	
<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	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe (Xarah Fe Oral Tablet)</i>	1 or 1b*; \$0	
CORTICOSTEROIDS - HORMONES		
*GLUCOCORTICOSTEROIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
AGAMREE ORAL SUSPENSION (<i>vamorolone</i>)	3	PA; LD; QL (7.5 mL per 1 day)
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	
<i>cortisone acetate oral tablet</i>	3	PA; QL (12 tablets per 1 day)
<i>deflazacort oral suspension</i>	3	PA; LD
<i>deflazacort oral tablet</i>	3	PA; LD
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 +rfd injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION (<i>deflazacort</i>)	3	PA; LD
EMFLAZA ORAL TABLET (<i>deflazacort</i>)	3	PA; LD
EOHILIA ORAL SUSPENSION (<i>budesonide</i>)	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
HEMADY ORAL TABLET (<i>dexamethasone</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
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 suc (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 (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 30 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
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</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 30 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
PREDNISONONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>prednisone</i>)	3	
<i>prednisone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisone 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1a*	
RAYOS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>prednisone</i>)	3	ST
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>)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
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>)	3	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

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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	
<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>bromphen-pseudoeph-dm oral syrup</i>	1 or 1b*	
<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		
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		
ACZONE EXTERNAL GEL (<i>dapsone</i>)	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
AMZEEQ EXTERNAL FOAM (<i>minocycline hcl micronized</i>)	3	ST; QL (30 grams per 30 days)
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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clindacin-p external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
CLINDAGEL EXTERNAL GEL (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	ST; QL (75 ml/gm per 30 days)
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel</i>	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel</i>	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams 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</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>ery external pad</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
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		
ACANYA EXTERNAL GEL (<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
<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)
BENZAMYCIN EXTERNAL GEL (<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>)	3	ST; QL (46.6 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)
CABTREO EXTERNAL GEL (<i>adapalene-benzoyl per-clindamy</i>)	3	ST; QL (1.667 grams per 1 day)
<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)
EPIDUO EXTERNAL GEL (<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL (<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>neuac external gel</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
ONEXTON EXTERNAL GEL (<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
TWYNEO EXTERNAL CREAM (<i>tretinoin-benzoyl peroxide</i>)	3	ST; QL (1 tube per 30 days)
ZIANA EXTERNAL GEL (<i>clindamycin-tretinoin</i>)	3	ST; QL (60 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ADAPALENE EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
AKLIEF EXTERNAL CREAM (<i>trifarotene</i>)	3	ST; QL (1 pump per 30 days)
ALTRENO EXTERNAL LOTION (<i>tretinoin</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
<i>amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	2	PA
ARAZLO EXTERNAL LOTION (<i>tazarotene</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
ATRALIN EXTERNAL GEL (<i>tretinoin</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
AZELEX EXTERNAL CREAM (<i>azelaic acid</i>)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
<i>claravis oral capsule</i>	2	PA
DIFFERIN EXTERNAL CREAM (<i>adapalene</i>)	3	ST; QL (1.5 grams per 1 day)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.3 % (<i>adapalene</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
DIFFERIN EXTERNAL LOTION (<i>adapalene</i>)	3	ST; QL (59 mL per 30 days)
EPSOLAY EXTERNAL CREAM (<i>benzoyl peroxide</i>)	3	QL (50 grams per 30 days)
FABIOR EXTERNAL FOAM (<i>tazarotene</i>)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule</i>	2	PA
RETIN-A EXTERNAL CREAM (<i>tretinoin</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A EXTERNAL GEL (<i>tretinoin</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL (<i>tretinoin microsphere</i>)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL (<i>tretinoin microsphere</i>)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
TAZAROTENE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<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 external gel 0.08 %</i>	3	ST; 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>tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %</i>	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
WINLEVI EXTERNAL CREAM (<i>clascoterone</i>)	3	ST; QL (60 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)
*ALOPECIA AGENTS - JANUS KINUS (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
LITFULO ORAL CAPSULE (<i>ritilecitinib tosylate</i>)	3	PA; 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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 calcium external cream</i>	3	ST; 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)
*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>diclofenac epolamine external patch</i>	3	ST; QL (2 patch per 1 day)
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1 or 1b*	BE; QL (1000 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	3	ST; QL (10 mL per 1 day)
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i>	3	ST; QL (224 gm per 30 days)
FLECTOR EXTERNAL PATCH (<i>diclofenac epolamine</i>)	3	ST; QL (2 patch per 1 day)
LICART EXTERNAL PATCH 24 HOUR (<i>diclofenac epolamine</i>)	3	ST; QL (1 topical system per 1 day)
PENNSAID EXTERNAL SOLUTION (<i>diclofenac sodium</i>)	3	ST; QL (224 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		
<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 LESION AGENT - COMB*** - DRUGS FOR THE SKIN		
KEFUNOVA EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil-calcipotriene</i>)	3	
*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)
PRUDOXIN EXTERNAL CREAM (<i>doxepin hcl (antipruritic)</i>)	3	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ZONALON EXTERNAL CREAM (<i>doxepin hcl (antipruritic)</i>)	3	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)
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 160 MG/ML (<i>bimekizumab-bkzx</i>)	3	PA; LD; QL (1 carton per 56 days); SP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 320 MG/2ML (<i>bimekizumab-bkzx</i>)	3	PA; QL (1 carton per 56 days); SP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML (<i>bimekizumab-bkzx</i>)	3	PA; LD; QL (1 carton per 56 days); SP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 320 MG/2ML (<i>bimekizumab-bkzx</i>)	3	PA; QL (1 carton per 56 days); SP
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>secukinumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>secukinumab</i>)	3	PA; LD; QL (3 vials per 4 weekss); 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>secukinumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
ILUMYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tildrakizumab-asmn</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	1 or 1b*	LD; SP
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ustekinumab-aauz</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days)
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ustekinumab-ttwe</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ustekinumab-aekn</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>brodalumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>risankizumab-rzaa</i>)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>risankizumab-rzaa</i>)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SOTYKTU ORAL TABLET (<i>deucravacitinib</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>spesolimab-sbzo</i>)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 year)
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>spesolimab-sbzo</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ustekinumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (<i>ustekinumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ustekinumab-stba</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>ixekizumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 auto-injector per 28 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ixekizumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>guselkumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
WEZLANA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-auub</i>)	3	PA; QL (1 vial/syringe per 84 days); SP
WEZLANA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ustekinumab-auub</i>)	3	PA; QL (1 vial/syringe per 84 days); SP
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-kfce</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ustekinumab-kfce</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); 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*	ST; 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)
SORILUX EXTERNAL FOAM (<i>calcipotriene</i>)	3	ST; QL (120 grams per 30 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 (<i>tazarotene</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL (<i>tazarotene</i>)	3	QL (100 grams per 30 days)
VECTICAL EXTERNAL OINTMENT (<i>calcitriol</i>)	3	ST; QL (800 grams per 28 days)
VTAMA EXTERNAL CREAM (<i>tapinarof</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)
<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 CREAM (<i>acyclovir</i>)	3	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		
CIBINQO ORAL TABLET (<i>abrocitinib</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablets per 1 day); SP
OPZELURA EXTERNAL CREAM (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	3	PA; QL (1 tube 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE SKIN		
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tralokinumab-ldrm</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tralokinumab-ldrm</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>dupilumab</i>)	3	PA; LD; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>dupilumab</i>)	3	PA; LD; SP
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>lebrikizumab-lbkz</i>)	3	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 days); SP
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>lebrikizumab-lbkz</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 28 days); 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		
ALA SCALP EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<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)
AMCINONIDE EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<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)
BRYHALI EXTERNAL LOTION (<i>halobetasol propionate</i>)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate e 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clobetasol propionate emulsion external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.025 %</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<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)
CLOBEX EXTERNAL LOTION (<i>clobetasol propionate</i>)	3	ST; QL (118 mL per 30 days)
CLOBEX EXTERNAL SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
CLOBEX SPRAY EXTERNAL LIQUID (<i>clobetasol propionate</i>)	3	ST; QL (125 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)
CLODERM EXTERNAL CREAM (<i>clocortolone pivalate</i>)	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
CORDRAN EXTERNAL TAPE (<i>flurandrenolide</i>)	3	ST; QL (1 box per 30 days)
DERMA-SMOOTH/FS BODY EXTERNAL OIL (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
DERMA-SMOOTH/FS SCALP EXTERNAL OIL (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
<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)
DESOWEN EXTERNAL CREAM (<i>desonide</i>)	3	ST; 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)
DIPROLENE EXTERNAL OINTMENT (<i>betamethasone dipropionate aug</i>)	3	ST; QL (50 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
<i>halcinonide external solution</i>	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
<i>halobetasol propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
HALOBETASOL PROPIONATE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL CREAM (<i>halcinonide</i>)	3	ST; QL (60 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 %</i>	3	ST; QL (60 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 external solution</i>	3	ST; QL (30 mL 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)
IMPOYZ EXTERNAL CREAM (<i>clobetasol propionate</i>)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
LEXETTE EXTERNAL FOAM (<i>halobetasol propionate</i>)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
LOCOID EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
<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)
SERNIVO EXTERNAL EMULSION (<i>betamethasone dipropionate</i>)	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL CREAM (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL OINTMENT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
TEXACORT EXTERNAL SOLUTION (<i>hydrocortisone</i>)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL CREAM (<i>desoximetasone</i>)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL GEL (<i>desoximetasone</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TOPICORT EXTERNAL OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
TOPICORT SPRAY EXTERNAL LIQUID (<i>desoximetasone</i>)	3	ST; QL (100 mL per 30 days)
<i>tovet external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external aerosol solution</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external lotion</i>	1 or 1a*	QL (60 mL per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external ointment 0.025 %, 0.1 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external ointment 0.05 %</i>	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external ointment 0.5 %</i>	1 or 1a*	QL (30 grams per 30 days)
<i>triamcinolone in absorbase 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)
VANOS EXTERNAL CREAM (<i>fluocinonide</i>)	3	ST; QL (120 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>)	3	PA; LD
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>daxibotulinumtoxin-lanm</i>)	3	PA; LD
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>prabotulinumtoxin-xvfs (cosm)</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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 3.75 % (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (1 bottle per 28 days)
*INTERLEUKIN-31 RECEPTOR ANTAGONISTS - SYSTEMIC*** - DRUGS FOR THE SKIN		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (<i>nemolizumab-ilot</i>)	3	PA; LD; QL (1 pen per 56 days); SP
*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)
YCANTH 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*	QL (5 grams per 1 day)
<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 gel</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
LIDODERM EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	3	PA; QL (3 patches per 1 day)
<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)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	3	PA; QL (3 patches per 1 day)
*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
ELIDEL EXTERNAL CREAM (<i>pimecrolimus</i>)	3	ST; QL (100 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
*MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
KLISYRI (250 MG) EXTERNAL OINTMENT (<i>tirbanibulin</i>)	3	
KLISYRI (350 MG) EXTERNAL OINTMENT (<i>tirbanibulin</i>)	3	
*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)
SOFDRA EXTERNAL GEL (<i>sofpironium bromide</i>)	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
*OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>tavaborole external solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)
*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (<i>crisaborole</i>)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM (<i>roflumilast</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL FOAM (<i>roflumilast</i>)	3	PA; QL (2 grams per 1 day)
*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)
<i>doxycycline oral capsule delayed release</i>	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EMROSI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>minocycline hcl micronized</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FINACEA EXTERNAL FOAM (<i>azelaic acid</i>)	2	QL (1.67 grams 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
METROGEL EXTERNAL GEL (<i>metronidazole</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
METROLOTION EXTERNAL LOTION (<i>metronidazole</i>)	3	ST; QL (59 mL 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)
NORITATE EXTERNAL CREAM (<i>metronidazole</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
ORACEA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>doxycycline</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
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)
ELIMITE EXTERNAL CREAM (<i>permethrin</i>)	3	QL (120 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	
*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		
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	
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
*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)
WYNZORA EXTERNAL CREAM (<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		
REGGRANEX EXTERNAL GEL (<i>becaplermin</i>)	3	QL (15 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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>)	3	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)
ADVANCE INTUITION TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVANCE MICRO-DRAW TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE REDI-CODE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE REDI-CODE+ TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX AMP TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX JAZZ TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX PRESTO TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE 3 TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE 4 TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE II CHECK IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE II IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PLATINUM IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PRISM MULTI TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PRO TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BIOTEL CARE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP <i>blood glucose test strips 333 in vitro strip</i>	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CAREONE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CARESENS N GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CARETOUCH TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK AUTO-CODE VOICE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLEVER CHOICE AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE MICRO TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR NEXT TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR PLUS TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
COOL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CVS GLUCOSE METER TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
<i>cvs true metrix glucose test in vitro strip</i>	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
D-CARE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DUO-CARE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY PLUS II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY STEP TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TOUCH TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TRAK II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYGLUCO IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYMAX 15 TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYMAX TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYPRO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYPRO PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ELEMENT COMPACT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ELEMENT TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EQ BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EVOLUTION AUTOCODE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA 6 CONNECT IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GD20 TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GTEL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA TN'G ADVANCE PRO IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA TN'G/TN'G VOICE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V30A BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE GD40 TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE PREMIUM V10 TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE TEST N GO TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE INSULINX TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE LITE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE PRECISION NEO TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	QL (204 strips per 30 days)
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GENULTIMATE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GHT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCO PERFECT 3 TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD EXPRESSION TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD SHINE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD VITAL TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD X-SENSOR IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCOM TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOSE METER TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUETRACK SMART SYSTEM IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUETRACK TEST STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOJJI BLOOD TEST STRIP/LANCETS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOODSENSE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
HW EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
HW EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IGLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
INFINITY VOICE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
KROGER BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
KROGER PREMIUM GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER ESSENTIAL GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER TRUETEST TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MICRODOT TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MM BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MM EASY TOUCH GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MYGLUCOHEALTH TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
NEUTEK 2TEK TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
NOVA MAX GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ON CALL EXPRESS BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ONE DROP TEST IN VITRO STRIP	3	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
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)
OPTIUMEZ TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PHARMACIST CHOICE AUTOCODE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PHARMACIST CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	QL (204 strips per 30 days)
POCKETCHEM EZ TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES IN VITRO DIAGNOSTIC TEST (<i>glucose blood</i>)	3	QL (200 tests per 30 days)
PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRODIGY NO CODING BLOOD GLUC IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PTS PANELS EGLU TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	
QUICKTEK TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUINTET AC BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION CONFIRM/MICRO TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION GLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION PREMIER TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION PRIME TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION TRUE METRIX TEST STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION ULTIMA TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
REXALL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS300 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS550 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMART SENSE PREMIUM TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMART SENSE VALUE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMARTEST BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SOLUS V2 TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SUPREME TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TGT BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUE FOCUS BLOOD GLUCOSE STRIP IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUETEST TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
UNISTRIP1 GENERIC IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
VERASENS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
VIVAGUARD INO TEST STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>)	3	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>	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
KEVEYIS ORAL TABLET (<i>dichlorphenamide</i>)	3	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
<i>methazolamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>dichlorphenamide</i> (Ormalvi Oral Tablet)	1 or 1b*	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>)	3	PA; LD; QL (6 kits per 30 days)
<i>furosemide injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>furosemide oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>furosemide 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LASIX ORAL TABLET (<i>furosemide</i>)	3	
SOAANZ ORAL TABLET (<i>torseamide</i>)	3	ST
<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	
DYRENIUM ORAL CAPSULE (<i>triamterene</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*	
INZIRQO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>hydrochlorothiazide</i>)	3	PA
<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>)	3	PA; LD; SP
*ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
REVCIVI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>elapegademase-lvlr</i>)	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>velmanase alfa-tycv</i>)	3	PA; LD
*ATP-SENSITIVE POTASSIUM CHANNEL ACTIVATORS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (<i>diazoxide choline</i>)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG (<i>diazoxide choline</i>)	3	PA; QL (21 tablets per 1 day)
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG (<i>diazoxide choline</i>)	3	PA; QL (7 tablets per 1 day)
*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>	1 or 1b*	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>	1 or 1b*	LD; SP
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	3	LD; SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION (<i>zoledronic acid</i>)	3	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	3	PA; LD; SP
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	1 or 1b*	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>	1 or 1b*	PA; 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>etelcalcetide hcl</i>)	3	PA; LD
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (<i>cinacalcet hcl</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG (<i>cinacalcet hcl</i>)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
*CALCITONINS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitonin (salmon) injection solution</i>	1 or 1b*	LD
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION (<i>calcitonin (salmon)</i>)	3	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 PEN-INJECTOR (<i>corticotropin</i>)	3	PA; SP
ACTHAR INJECTION GEL (<i>corticotropin</i>)	3	PA; LD; SP
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>corticotropin</i>)	3	PA; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL (<i>corticotropin</i>)	3	PA; LD; SP
CORTICOTROPIN-RELEASING FACTOR (CRF) RECEPTOR TYPE 1 ANTAG - HORMONES		
CRENESSITY ORAL CAPSULE (<i>crinecerfont</i>)	3	PA; QL (2 mL per 1 day)
CRENESSITY ORAL SOLUTION (<i>crinecerfont</i>)	3	PA; QL (4 mL per 1 day)
*CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS*** - HORMONES		
ISTURISA ORAL TABLET (<i>osilodrostat phosphate</i>)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
RECORLEV ORAL TABLET (<i>levoketoconazole</i>)	3	PA; LD; QL (8 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>)	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>agalsidase beta</i>)	3	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE (<i>migalastat hcl</i>)	3	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>)	3	PA; LD; SP
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>avalglucosidase alfa-ngpt</i>)	3	PA; LD; SP
OPFOLDA ORAL CAPSULE (<i>miglustat (gaa deficiency)</i>)	3	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cipaglucoisidase alfa-atga</i>)	3	PA; LD; SP
*GNRH/LHRH ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>cetorelix acetate subcutaneous kit</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (<i>cetorelix acetate</i>)	3	PA; LD; SP
<i>fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG (<i>elagolix sodium</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORILISSA 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>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (1 package per 30 days)
*GROWTH HORMONES*** - DRUGS FOR GROWTH		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 injection per 1 day); SP
NGENLA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatrogon-ghla</i>)	3	PA; LD; QL (4 pens per 28 days)
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	3	PA; LD; QL (1 solution per 1 day)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (<i>lonapegsomatropin-tcgd</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP
SOGROYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somapacitanbeco</i>)	3	PA; LD; QL (4 injections per 28 days); SP
ZOMACTON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
*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>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD
NITYR ORAL TABLET (<i>nitisinone</i>)	3	PA; LD
ORFADIN ORAL CAPSULE (<i>nitisinone</i>)	3	PA; LD
ORFADIN ORAL SUSPENSION (<i>nitisinone</i>)	3	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		
CARBAGLU ORAL TABLET SOLUBLE (<i>carglumic acid</i>)	3	PA; LD
<i>carglumic acid oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; LD
*HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitriol intravenous solution</i>	1 or 1b*	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
ROCALTROL ORAL CAPSULE (<i>calcitriol</i>)	3	PA
ROCALTROL ORAL SOLUTION (<i>calcitriol</i>)	3	PA
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>paricalcitol</i>)	3	PA
ZEMPLAR ORAL CAPSULE (<i>paricalcitol</i>)	3	PA
*HYPOPARATHYROID TREATMENT - PARATHYROID HORMONE ANALOGS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>palopecteriparatide</i>)	3	PA; LD; QL (2 prefilled pens per 28 days)
*HYPOPHOSPHATASIA (HPP) AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>asfotase alfa</i>)	3	PA; LD
*INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R)*** - DRUGS FOR THYROID		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>teprotumumab-trbw</i>)	3	PA; LD; QL (8 fills per 168 days)
*INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS)*** - HORMONES		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>mecasermin</i>)	3	PA; LD; SP
*LEPTIN ANALOGUES*** - HORMONES		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>metreleptin</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 12 weekss); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 84 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks); SP
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT (<i>histrelin acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
SYNAREL NASAL SOLUTION (<i>nafarelin acetate</i>)	3	PA; LD; QL (5 bottle per 30 days); SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 168 days)
*LIPOPROTEIN LIPASE DEFICIENCY (LPLD) DEFICIENCY - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>olezarsen sodium</i>)	3	PA; QL (1 autoinjector per 1 month)
*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 (MOCDF) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosdenopterin hydrobromide</i>)	3	PA; LD
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>laronidase</i>)	3	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idursulfase</i>)	3	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>elosulfase alfa</i>)	3	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>galsulfase</i>)	3	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vestronidase alfa-vjbc</i>)	3	PA; LD
*NATRIURETIC PEPTIDES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vosoritide</i>)	3	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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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	3	PA; LD; SP
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>follitropin beta</i>)	3	PA; LD; SP
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>follitropin alfa</i>)	3	PA; LD; SP
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>follitropin alfa</i>)	3	PA; LD; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>follitropin alfa</i>)	3	PA; LD; SP
MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>menotropins</i>)	3	PA; LD; SP
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chorionic gonadotropin</i>)	2	PA; LD; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>choriogonadotropin alfa</i>)	3	PA; LD; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chorionic gonadotropin</i>)	3	PA; LD; SP
*OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>clomiphene citrate</i> (Clomid Oral Tablet)	1 or 1b*	PA
<i>clomiphene citrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA
*PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>teriparatide</i>)	3	PA; QL (1 pen per 28 days); SP
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 560 mcg/2.24ml</i>	3	PA; QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	3	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>abaloparatide</i>)	3	LD; QL (1 pen per 30 days); SP
*PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Packet)	1 or 1b*	PA; LD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Tablet)	1 or 1b*	PA; LD
KUVAN ORAL PACKET (<i>sapropterin dihydrochloride</i>)	3	PA; LD; SP
KUVAN ORAL TABLET (<i>sapropterin dihydrochloride</i>)	3	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	3	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	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>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>tolvaptan</i>)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG (<i>tolvaptan</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
SAMSCA ORAL TABLET 30 MG (<i>tolvaptan</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
<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	3	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>octreotide acetate</i>)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
<i>octreotide acetate injection solution</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>octreotide acetate intramuscular kit 10 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
<i>octreotide acetate intramuscular kit 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION (<i>octreotide acetate</i>)	3	PA; LD; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG (<i>octreotide acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG (<i>octreotide acetate</i>)	3	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>pasireotide pamoate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pasireotide diaspertate</i>)	3	PA; LD; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lanreotide acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
*UREA CYCLE DISORDER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
BUPHENYL ORAL POWDER (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
BUPHENYL ORAL TABLET (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
PHEBURANE ORAL PELLETT (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	3	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
<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*	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>)	3	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>burosumab-twza</i>)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/ML (<i>burosumab-twza</i>)	3	PA; LD; QL (6 vials per 28 days); SP
ESTROGENS - HORMONES		
*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	
*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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL (<i>estradiol</i>)	3	QL (52 grams per 30 days)
ESTRACE ORAL TABLET (<i>estradiol</i>)	3	
<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 (37.5 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)
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol</i>)	3	QL (8 patch 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)
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol</i>)	3	QL (8 patch per 28 days)
*ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB*** - DRUGS FOR WOMEN		
DUAVEE ORAL TABLET (<i>conj estrogens-basedoxifene</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*FLUOROQUINOLONAS*** - ANTIBIOTICS		
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>delafloxacin meglumine</i>)	3	
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*	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ofloxacin oral tablet</i>	1 or 1b*	
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH		
*5-HT4 RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
MOTTEGRITY ORAL TABLET (<i>prucalopride succinate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prucalopride succinate oral tablet</i>	3	QL (1 tablet per 1 day)
*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)
*CIC AGENTS - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS*** - DRUGS FOR CONSTIPATION		
TRULANCE ORAL TABLET (<i>plecanatide</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
OALIVA ORAL TABLET (<i>obeticholic acid</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
CHENODAL ORAL TABLET (<i>chenodiol</i>)	3	PA; LD; QL (7 tablets per 1 day)
CTEXTLI ORAL TABLET (<i>chenodiol</i>)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
RELTONE ORAL CAPSULE (<i>ursodiol</i>)	3	PA
URSO FORTE ORAL TABLET (<i>ursodiol</i>)	3	
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	3	PA
<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		
AMITIZA ORAL CAPSULE (<i>lubiprostone</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
<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)
<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*	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>)	3	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)
LOTRONEX ORAL TABLET (<i>alosetron hcl</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*IBS AGENT - SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
IBSRELA ORAL TABLET (<i>tenapanor hcl</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
*ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG (<i>odevixibat</i>)	3	PA; LD; QL (30 pellets per 1 day)
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 600 MCG (<i>odevixibat</i>)	3	PA; LD; QL (10 pellets per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG (<i>odevixibat</i>)	3	PA; LD; QL (5 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 400 MCG (<i>odevixibat</i>)	3	PA; LD; QL (15 capsules per 1 day)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML (<i>maralixibat chloride</i>)	3	PA; LD; QL (60 mL per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (<i>maralixibat chloride</i>)	3	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)
COLAZAL ORAL CAPSULE (<i>balsalazide disodium</i>)	3	QL (9 capsule 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (4 tablet 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>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 56 days); SP
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>vedolizumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 pen/syringe per 28 days); SP
*INTERLEUKIN ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
OMVOH INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mirikizumab-mrkz</i>)	3	PA; LD; QL (9 vials per 1 one-time fill); SP
OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>mirikizumab-mrkz</i>)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>mirikizumab-mrkz</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
OTULFI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-aauz (iv)</i>)	3	PA; QL (4 vials per 1 one-time fill)
PYZCHIVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-ttwe (iv)</i>)	3	PA; QL (4 vials per 1 one-time fill); SP
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-aekn (iv)</i>)	3	PA; QL (4 vials per 1 one time fill)
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>risankizumab-rzaa</i>)	3	PA; LD; QL (30 mL per 365 days); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>risankizumab-rzaa</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 56 days); SP
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab</i>)	3	PA; LD; QL (4 vial per 365 days); SP
STEQEYMA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-stba (iv)</i>)	3	PA; QL (4 vials per 6 months); SP
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>guselkumab</i>)	3	PA; QL (3 packs per 1 one time supply); SP
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>guselkumab</i>)	3	PA; QL (3 vials per 6 months); 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML (<i>guselkumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML (<i>guselkumab</i>)	3	PA; QL (1 pen/syringe per 28 days); SP
WEZLANA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-auub (iv)</i>)	3	PA; QL (4 vials per 365 days); SP
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-kfce (iv)</i>)	3	PA; QL (4 vials per 6 months); SP
*INTESTINAL ACIDIFIERS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>enulose oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>generlac oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>lactulose encephalopathy oral solution</i>	1 or 1b*	
*LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)** - DRUGS FOR THE STOMACH		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION (<i>fecal microbiota, live-jslm</i>)	3	PA; LD; QL (1 carton per 1 lifetime)
VOWST ORAL CAPSULE (<i>fecal microb spores, live-brpk</i>)	3	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)
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)
*PEROXISOME PROLIFERATOR-ACTIVATED RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
IQIRVO ORAL TABLET (<i>elafibranor</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
LIVDELZI ORAL CAPSULE (<i>seladelpar lysine</i>)	3	PA; LD; QL (1 capsule 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)
<i>ferric citrate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 1 day)
FOSRENOL ORAL PACKET (<i>lanthanum carbonate</i>)	3	ST; QL (3 stick packs per 1 day)
FOSRENOL ORAL TABLET CHEWABLE (<i>lanthanum carbonate</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
RENVELA ORAL PACKET 0.8 GM (<i>sevelamer carbonate</i>)	3	ST; QL (6 packets per 1 day)
RENVELA ORAL PACKET 2.4 GM (<i>sevelamer carbonate</i>)	3	ST; QL (3 packets per 1 day)
RENVELA ORAL TABLET (<i>sevelamer carbonate</i>)	3	ST; QL (9 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
*SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS (GI)*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
VELSIPTY ORAL TABLET (<i>etrasimod arginine</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
XERMELO ORAL TABLET (<i>telotristat etiprate</i>)	3	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>)	3	PA; LD; SP
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>certolizumab pegol</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT (<i>certolizumab pegol</i>)	3	PA; LD; QL (1 package per 28 days); SP
CIMZIA-STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>certolizumab pegol</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
INFLECTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab-dyyb</i>)	3	PA; LD; SP
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab</i>)	3	PA; LD; SP
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab-abda</i>)	3	PA; LD; SP
ZYMFENTRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>infliximab-dyyb</i>)	3	PA; LD; QL (1 pen per 14 days); SP
ZYMFENTRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>infliximab-dyyb</i>)	3	PA; LD; QL (1 pen per 14 days); SP
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>infliximab-dyyb</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 14 days); 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*	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
*BARBITURATE ANESTHETICS*** - DRUGS FOR SEDATION		
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methohexital sodium</i>)	3	
<i>methohexital sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*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		
AVODART ORAL CAPSULE (<i>dutasteride</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
<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)
RAPAFLO ORAL CAPSULE (<i>silodosin</i>)	3	QL (1 capsule 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)
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>alfuzosin hcl</i>)	3	QL (1 tablet 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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CYSTINOSIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
CYSTAGON ORAL CAPSULE (<i>cysteamine bitartrate</i>)	3	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>cysteamine bitartrate</i>)	3	PA; LD
PROCYSBI ORAL PACKET (<i>cysteamine bitartrate</i>)	3	PA; LD
*GENITOURINARY 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>	3	
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>)	3	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)
ENTADFI ORAL CAPSULE (<i>finasteride-tadalafil</i>)	3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
JALYN ORAL CAPSULE (<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA)*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lumasiran sodium</i>)	3	PA; LD
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>nedosiran sodium</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>nedosiran sodium</i>)	3	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	
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG (<i>tiopronin</i>)	3	PA; LD; QL (10 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 300 MG (<i>tiopronin</i>)	3	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day)
THIOLA ORAL TABLET (<i>tiopronin</i>)	3	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
<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)
<i>tiopronin</i> (Venxxiva Oral Tablet Delayed Release)	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day)
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 200 mg</i>	3	PA; QL (4 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 capsule</i>	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
<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>)	3	PA; LD; QL (0.08 mL per 1 day); SP
MITIGARE ORAL CAPSULE (<i>colchicine</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
ULORIC ORAL TABLET (<i>febuxostat</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*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>	3	PA; LD
*AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>givosiran sodium</i>)	3	PA; LD
*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - ANTITHROMBIN-DIRECTED SIRNA*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
QFITLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>fitusiran sodium</i>)	3	PA
QFITLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>fitusiran sodium</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ALHEMO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>concizumab-mtci</i>)	3	PA; SP
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>emicizumab-kxwh</i>)	3	PA; LD; SP
HYMPAVZI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>marstacimab-hncq</i>)	3	PA; SP
*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i>)	3	PA; LD; SP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (<i>antihemophil fact single chain</i>)	3	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	3	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix</i>)	3	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (rfixfc)</i>)	3	PA; LD; SP
ALTUVIIIIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact fc-vwf-xten-ehil</i>)	3	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>prothrombin complex human-lans</i>)	3	
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (<i>coagulation factor ix (recomb)</i>)	3	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor x (human)</i>)	3	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (<i>factor xiii concentrate human</i>)	3	PA; LD; SP
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact (bdd-rfviiifc)</i>)	3	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT, 500 UNIT (<i>antihemoph fact rcmb gpeg-exei</i>)	3	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4000 UNIT (<i>antihemoph fact rcmb gpeg-exei</i>)	3	PA; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antiinhibitor coagulant cplx</i>)	3	PA; LD; SP
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fibrinogen concentrate (human)</i>)	3	PA; LD; SP
HEMOPIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	3	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor-vwf</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (rix-fp)</i>)	3	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (recomb)</i>)	3	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT, 500 UNIT (<i>ahf (bdd-rfviii peg-aucl)</i>)	3	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4000 UNIT (<i>ahf (bdd-rfviii peg-aucl)</i>)	3	PA; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (<i>prothrombin complex conc human</i>)	3	
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	3	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	3	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (<i>antihem factor recomb (rfviii)</i>)	3	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i>)	3	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil fact bd truncated</i>)	3	PA; LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor viia recomb</i>)	3	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i>)	3	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i>)	3	PA; LD; SP
<i>obizur intravenous solution reconstituted</i>	3	PA; LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>factor ix complex</i>)	3	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix glycopeg</i>)	3	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem factor recomb (rfviii)</i>)	3	PA; LD; SP
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fibrinogen concentrate (human)</i>)	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 5 MG (<i>coagulation factor viia-jncw</i>)	3	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 MG (<i>coagulation factor viia-jncw</i>)	3	PA
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor xiii a-sub</i>)	3	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>von willebrand factor (recomb)</i>)	3	PA; LD; SP
WILATE INTRAVENOUS KIT (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	3	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,mor)</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfvii,mor)</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
CABLIVI INJECTION KIT (<i>caplacizumab-yhdp</i>)	3	PA; LD
*BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>icatibant acetate</i>)	3	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
<i>sajazir subcutaneous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
*C1 ESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	3	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	3	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	3	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	3	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>c1 esterase inhibitor (recomb)</i>)	3	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP
*COMPLEMENT C1 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sutimlimab-jome</i>)	3	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
*COMPLEMENT C3 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pegcetacoplan</i>)	3	PA; LD; QL (200 mL per 30 days)
*COMPLEMENT C5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
BKEMV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eculizumab-aeab</i>)	3	PA; QL (8 vials per 28 days)
EPYSQLI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eculizumab-aagh</i>)	3	PA; QL (8 vials per 28 days)
PIASKY INJECTION SOLUTION (<i>crovalimab-akkz</i>)	3	PA; LD; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eculizumab</i>)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 1100 MG/11ML (<i>ravulizumab-cwvz</i>)	3	PA; LD; QL (3 vials per 56 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/3ML (<i>ravulizumab-cwvz</i>)	3	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION (<i>pozelimab-bbfg</i>)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 week)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>zilucoplan sodium</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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>)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
*COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
FABHALTA ORAL CAPSULE (<i>iptacopan hcl</i>)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
*COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
VOYDEYA ORAL TABLET (<i>danicopan</i>)	3	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>danicopan</i>)	3	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*	
*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>)	3	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*	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lanadelumab-flyo</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>lanadelumab-flyo</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
*PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ecallantide</i>)	3	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE (<i>berotralstat hcl</i>)	3	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	
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>)	3	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*	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>mitapivat sulfate</i>)	3	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>)	3	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)
EFFIENT ORAL TABLET (<i>prasugrel hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PLAVIX ORAL TABLET (<i>clopidogrel bisulfate</i>)	3	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>)	3	LD
*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>tecteplase</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>)	3	PA; LD; SP
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>taliglucerase alfa</i>)	3	PA; LD; SP
<i>miglustat oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>velaglucerase alfa</i>)	3	PA; LD; SP
<i>miglustat</i> (Yargesa Oral Capsule)	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZAVESCA ORAL CAPSULE (<i>miglustat</i>)	3	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
*AMINO ACIDS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ENDARI ORAL PACKET (<i>glutamine (sickle cell)</i>)	3	PA; LD; SP
<i>l-glutamine oral packet</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
*COBALAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	1 or 1a*	
<i>cyanocobalamin nasal solution</i>	3	
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
NASCOBAL NASAL SOLUTION (<i>cyanocobalamin</i>)	3	
*CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR NUTRITION		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>motixafortide acetate</i>)	3	PA; LD
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>plerixafor</i>)	3	PA; LD; SP
<i>plerixafor subcutaneous solution</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE (<i>mavorixafor</i>)	3	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
XROMI ORAL SOLUTION (<i>hydroxyurea</i>)	3	PA
*ERYTHROID MATURATION AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>luspatercept-aamt</i>)	3	PA; LD; SP
*ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (<i>darbepoetin alfa</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 30 days); SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION (<i>epoetin alfa</i>)	3	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>methoxy peg-epoetin beta</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION (<i>epoetin alfa</i>)	3	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION (<i>epoetin alfa-epbx</i>)	3	PA; LD; QL (12 mL 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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 1 mg</i>	1 or 1a*	
<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		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-jmdb</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-pbbk</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>tbo-filgrastim</i>)	3	PA; LD; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tbo-filgrastim</i>)	3	PA; LD; SP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>pegfilgrastim</i>)	3	PA; LD; QL (2 injectors/kits per 28 days); SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION (<i>filgrastim</i>)	3	PA; LD; SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim</i>)	3	PA; LD; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION (<i>filgrastim-aafi</i>)	3	PA; LD; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim-aafi</i>)	3	PA; LD; SP
NYPOZI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim-txid</i>)	3	PA; SP
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-apgf</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RELEUKO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>eflapegrastim-xnst</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-fpgk</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim-sndz</i>)	3	PA; LD; SP
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-bmez</i>)	3	PA; LD; QL (2 injections per 28 days); SP
*GRANULOCYTE/MACROPHAGE COLONY-STIMULATING FACTOR(GM-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sargramostim</i>)	3	PA; LD; SP
*HYPOXIA-INDUCIBLE FACTOR PROLYL HYDROXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG (<i>vadadustat</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
VAFSEO ORAL TABLET 300 MG (<i>vadadustat</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
*IRON COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
NIFEREX ORAL TABLET (<i>iron combinations</i>)	3	
*IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (<i>ferric maltol</i>)	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ferumoxytol</i>)	3	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>)	3	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
<i>ferumoxytol intravenous solution</i>	3	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
INFED INJECTION SOLUTION (<i>iron dextran</i>)	3	PA; LD; SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/2ML (<i>ferric carboxymaltose</i>)	3	LD; SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML (<i>ferric carboxymaltose</i>)	3	PA; LD; QL (2 vials per 14 days); SP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ferric derisomaltose</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iron sucrose</i>)	3	PA; LD; QL (15 mL per 84 days); SP
*SELECTIN BLOCKERS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>crizanlizumab-tmca</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 9 MG (<i>eltrombopag choline</i>)	3	PA; LD; DO; SP
ALVAIZ ORAL TABLET 36 MG, 54 MG (<i>eltrombopag choline</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
DOPTELET ORAL TABLET (<i>avatrombopag maleate</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULPLETA ORAL TABLET (<i>lusutrombopag</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>romiplostim</i>)	3	PA; LD; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	3	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	3	PA; LD; QL (3 dose-packs per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	3	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

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	
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	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>)	3	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)
SILENOR ORAL TABLET (<i>doxepin hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
AMBIEN CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>zolpidem tartrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
AMBIEN ORAL TABLET (<i>zolpidem tartrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>zolpidem tartrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (<i>eszopiclone</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 3 MG (<i>eszopiclone</i>)	3	ST; AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>zaleplon 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate oral capsule</i>	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<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		
BELSOMRA ORAL TABLET (<i>suvorexant</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET (<i>lemborexant</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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>)	3	PA; LD; QL (5 mL per 1 day)
HETLIOZ ORAL CAPSULE (<i>tasimelteon</i>)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
<i>ramelteon oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ROZEREM ORAL TABLET (<i>ramelteon</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tasimelteon oral capsule</i>	1 or 1b*	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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
SUFLAVE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nacl-nasulf-mgsul</i>)	3	QL (2 kits per 30 days)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION (<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>)	3	QL (1 kit per 30 days)
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*	
<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>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>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 10 GM	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
<i>lactulose oral packet 20 gm</i>	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
<i>lactulose oral solution</i>	1 or 1b*	
<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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	
*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>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</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	
*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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 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>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</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine-epinephrine injection solution 0.5 %-1:200000, 2 %-1:100000</i>	1 or 1b*	
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*	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 0.25 %, 0.5 % (<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*	
ROPIVACAINE HCL INJECTION SOLUTION 2 MG/ML	1 or 1b*	
<i>ropivacaine hcl-nacl injection solution 0.1-0.9 %</i>	3	
<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 +RFID INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine hcl</i>)	3	
XYLOCAINE-MPF +RFID 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	
MACROLIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AZITHROMYCIN*** - ANTIBIOTICS		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>azithromycin oral suspension 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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*	
E.E.S. GRANULES ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	3	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	3	
<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	
*CONDOMS - FEMALE*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms - female</i>)	2; \$0	QL (12 units 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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 ENZ (<i>condoms latex non-lubricated</i>)	2; \$0	
TROJAN MAGNUM (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED DEVICE (<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	
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE (<i>condoms latex lubricated</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDEDDED (<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	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET KIT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
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 LANCET DEV KIT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units 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)
<i>adjustable lancing device</i>	2	
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 LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING (<i>lancet devices</i>)	2	
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)
AUTO-LANCET (<i>lancet devices</i>)	2	
AUTO-LANCET MINI (<i>lancet devices</i>)	2	
AUTOLET II CLINISAFE KIT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
AUTOLET LITE CLINISAFE KIT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET LITE LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
AUTOLET LITE STARTER PACK KIT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AUTOLET MINI (<i>lancet devices</i>)	2	
AUTOLET PLATFORMS (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET PLUS (<i>lancet devices</i>)	2	
BD MICROTAINER LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARDIOCOM LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
<i>careone advanced lancings dev</i>	2	
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 LANCING/EJECTOR (<i>lancet devices</i>)	2	
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)
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>cvs lancing device</i>	2	
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)
DIATHRIVE LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPSAFE ACTI-LANCE 23G (<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)
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)
<i>easy mini eject lancing device</i>	2	
<i>easy mini lancing device</i>	2	
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 LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
<i>embrace lancing device/ejector</i>	2	
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	PA; QL (1 transmitter per 1 year)
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)
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)
FORA LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) KIT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL NOZZLES (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) (<i>lancet devices</i>)	2	
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) (<i>lancet devices</i>)	2	
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) (<i>lancet devices</i>)	2	
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) (<i>lancet devices</i>)	2	
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) (<i>lancet devices</i>)	2	
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>global lancings device</i>	2	
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 LANCING SYSTEM DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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 LANCING DEVICE/CLEAR CAP (<i>lancet devices</i>)	2	
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)
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>goodsense lancing device</i>	2	
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 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)
HEALTH CARE LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
<i>h-e-b incontrol adv lancing</i>	2	
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)
HYPOLANCE AST LANCING KIT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units 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 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 AUTOLET LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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)
<i>kroger lancing device</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lancet device</i>	2	
<i>lancet device with ejector</i>	2	
LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 28G THIN	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)
<i>lancing device</i>	2	
LANZO (<i>lancet devices</i>)	2	
<i>leader advanced lancing device</i>	2	
LIBERTY MEDICAL LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITE TOUCH LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITE TOUCH LANCING PEN (<i>lancet devices</i>)	2	
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MICROLET NEXT LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
<i>mini lancet device</i>	2	
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
MM LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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)
MONOLETTOR SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>multi-lancet device</i>	2	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units 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)
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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 DELICA PLUS LANCING (<i>lancet devices</i>)	2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING (<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 LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>px advanced lancing device</i>	2	
PX LANCETS MICROTHIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS ULTRA THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>qc advanced lancing device</i>	2	
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)
READYLANCER SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY TRIGGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCET DEVICES 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS (<i>lancets</i>)	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 LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
RELION LANCING DEVICE KIT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units 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 ALTERNATE SITE ADAPT (<i>lancets misc.</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SB LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>select-lite device/lancets kit</i>	2	QL (200 units per 30 days)
<i>select-lite lancing device</i>	2	
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV (<i>lancet devices</i>)	2	
SINGLE-LET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM TRUEDRAW LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
SMART DIABETES VANTAGE LANCING (<i>lancet devices</i>)	2	
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)
SMARTTEST 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 LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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)
<i>sure comfort lancing pen</i>	2	
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)
<i>tgt lancing device</i>	2	
<i>today's health lancing device</i>	2	
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
TRUEDRAW LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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)
ULTI-LANCE AUTOMATIC (<i>lancet devices</i>)	2	
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)
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 1 (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 COMFORT (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 EXTRA (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NEONATAL (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NORMAL (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 SUPER (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 COMFORT (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNISTIK 3 EXTRA (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 3 NEONATAL (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 NORMAL (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK CZT COMFORT (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK CZT NORMAL (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK NORMAL (<i>lancets</i>)	2	QL (200 units 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)
<i>value plus lancing device</i>	2	
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 LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	2	
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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 yearss)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
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 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)
TWIIST REFILL KIT KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 30 days)
TWIIST REFILL KIT/INFUSION SET KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 30 days)
V-GO 20 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	3	PA
V-GO 30 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	3	PA
V-GO 40 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	3	PA
*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	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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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 28G X 5/16" 1 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)
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CEQR SIMPLICITY 2U DEVICE (<i>injection device for insulin</i>)	3	PA
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 15/64" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 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" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; 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)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM	3	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)
<i>easy comfort insulin syringe 29g x 5/16" 0.5 ml, 29g x 5/16" 1 ml, 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 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)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	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 BARRELS (<i>insulin syringes (disposable)</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)
EMBECTA AUTOSHIELD DUO (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EMBECTA INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 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" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 31G X 5/16" 0.3 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 (<i>insulin syringe/needle u-500</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE NANO (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE U/F (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles 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 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML	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 30G X 1/2" 0.3 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)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	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)
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)
<i>gnp pen needles</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP ULTICARE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP ULTIGUARD SAFEPACK 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	QL (200 syringes per 30 days)
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES	3	QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	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 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)
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	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 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	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	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)
<i>true comfort safety pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes 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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	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 OTC 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)
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ZEVXR INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ZEVXR 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)
ZAVZPRET NASAL SOLUTION (<i>zavegepant hcl</i>)	3	ST; QL (8 devices per 30 days)
*CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
AIMOVIG 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)
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eptinezumab-ijmr</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 3 monthss)
*ERGOT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet</i>	3	
<i>migergot rectal suppository</i>	1 or 1b*	
*MIGRAINE PRODUCTS - CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
ELYXYB ORAL SOLUTION (<i>celecoxib (migraine)</i>)	3	ST; QL (43.2 mL per 30 days)
*MIGRAINE PRODUCTS - NSAIDS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
CAMBIA ORAL PACKET (<i>diclofenac potassium(migraine)</i>)	3	ST; QL (9 packets per 30 days)
<i>diclofenac potassium(migraine) oral packet</i>	3	ST; QL (9 packets 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*MIGRAINE PRODUCTS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (24 mL per 28 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution</i>	3	ST; QL (8 mL per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>ergotamine tartrate</i>)	3	ST; QL (20 tablets per 30 days)
TRUDHESA NASAL AEROSOL SOLUTION (<i>dihydroergotamine mesylate hfa</i>)	3	ST; QL (2 kits per 28 days)
*SELECTIVE SEROTONIN AGONIST-NSAID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet</i>	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
TREXIMET ORAL TABLET (<i>sumatriptan-naproxen sodium</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
*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)
FROVA ORAL TABLET (<i>frovatriptan succinate</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<i>frovatriptan succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX ORAL TABLET (<i>sumatriptan succinate</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>sumatriptan succinate</i>)	3	ST; QL (6 cartridges per 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML (<i>sumatriptan succinate</i>)	3	ST; QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML (<i>sumatriptan succinate</i>)	3	ST; QL (6 cartridges per 30 days)
MAXALT ORAL TABLET (<i>rizatriptan benzoate</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
MAXALT-MLT ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>rizatriptan benzoate</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL EXHALER POWDER (<i>sumatriptan succinate</i>)	3	ST; QL (1 kit per 30 days)
RELPAK ORAL TABLET (<i>eletriptan hydrobromide</i>)	3	ST; 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)
TOSYMRA NASAL SOLUTION (<i>sumatriptan</i>)	3	ST; QL (12 units per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>sumatriptan succinate</i>)	3	ST; QL (8 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
ZOMIG NASAL SOLUTION (<i>zolmitriptan</i>)	3	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>zolmitriptan</i> (Zomig Oral Tablet)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1F)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG (<i>lasmiditan succinate</i>)	3	ST; QL (8 tablets per 30 days)
REYVOW ORAL TABLET 50 MG (<i>lasmiditan succinate</i>)	3	ST; QL (4 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*	
<i>dextrose-nacl intravenous solution</i>	3	
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	
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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>	3	
<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 148 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-148</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	ST
*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	
*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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>potassium phosphates-nacl intravenous solution 30 mmol/500ml</i>	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*	
POKONZA ORAL PACKET (<i>potassium chloride</i>)	3	ST
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*	
<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 Safescrub 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*	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>saline flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<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>	3	
<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>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
*ANTILEPTOTICS*** - 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>)	3	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>belimumab</i>)	3	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>belimumab</i>)	3	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
*CHELATING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE (<i>penicillamine</i>)	3	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
CUVRIOR ORAL TABLET (<i>trientine tetrahydrochloride</i>)	3	PA; LD; QL (10 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET (<i>penicillamine</i>)	3	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>penicillamine oral capsule</i>	3	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
<i>penicillamine oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
SYPRINE ORAL CAPSULE (<i>trientine hcl</i>)	3	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
<i>trientine hcl oral capsule 500 mg</i>	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
*COLONY STIMULATING FACTOR-1 RECEPTOR (CSF-1R) ANTIBODIES** - VITAMINS AND MINERALS		
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>axatilimab-csfr</i>)	3	PA; 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
<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>)	3	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

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>)	3	PA; LD; SP
*FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (<i>lonafarnib</i>)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
*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>)	3	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
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

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>)	3	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
<i>sirolimus oral solution</i>	1 or 1b*	LD
<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
*MONOCLONAL ANTIBODIES*** - VITAMINS AND MINERALS		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>satralizumab-mwge</i>)	3	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>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (18 vials per 63 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML (<i>rozanolixizumab-noli</i>)	3	PA; LD; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION (<i>efgartigimod alfa-fcab</i>)	3	PA; LD; QL (12 vials per 4 weeks); SP
*PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB*** - VITAMINS AND MINERALS		
VIJOICE ORAL PACKET (<i>alpelisib</i>)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG (<i>alpelisib</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG (<i>alpelisib</i>)	3	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)
*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

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>anifrolumab-fnia</i>)	3	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)
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	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE 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*	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>fluorimax 5000 dental paste</i>	1 or 1b*	
<i>fraiche 5000 dental dental gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>just right 5000 dental paste</i>	1 or 1b*	
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*	
*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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>b-plex 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	
<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>ft b-complex plus vitamin 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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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	
*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	
<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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	
<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	ST
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FLORRAXYL 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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>mincora oral tablet</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	
<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	
<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>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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	ST
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	3	ST
*PED MV W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DAVIMET-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	ST
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	ST
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	ST
FLOTREX ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	ST
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml</i>	2	
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.5 mg/ml</i>	2	ST
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable</i>	2; \$0	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	ST
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	ST
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	ST
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	ST
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	ST
*PED VITAMINS ACD & FA W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>ped vit a-c-d-methylfolate-fl</i>)	3	ST
TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION	3	ST
*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	ST

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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)
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)
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET (<i>prenatal multivit-min-fe-fa</i>)	3	
<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)
<i>ft prenatal oral tablet</i>	2; \$0	QL (1 tablet 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)
MATERNACEL ORAL TABLET (<i>prenatal vit w/ fe bisg-fa</i>)	3	ST; 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)
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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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-feaspgl-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-feaspgl-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-feaspgl-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)
ONE VITE WOMENS PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet 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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>trinate oral tablet</i>	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)
<i>vitalara oral tablet</i>	3	
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	2	QL (2 units per 1 day)
<i>wesnatal dha complete oral</i>	2	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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
<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	
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)
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>prena1 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	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>balance b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-50 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
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	
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		
AMRIX ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>baclofen oral solution 10 mg/5ml</i>	3	PA; QL (40 mL per 1 day)
<i>baclofen oral solution 5 mg/5ml</i>	3	PA; QL (80 mL per 1 day)
<i>baclofen oral suspension</i>	3	PA; QL (16 mL per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 15 mg</i>	3	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 250 mg</i>	3	ST; 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 er oral capsule extended release 24 hour</i>	3	ST; QL (1 capsule 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>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>fexmid oral tablet</i>	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
FLEQSUVY ORAL SUSPENSION (<i>baclofen</i>)	3	PA; QL (16 mL per 1 day)
LYVISPAH ORAL PACKET 10 MG, 5 MG (<i>baclofen</i>)	3	PA; QL (3 packets per 1 day)
LYVISPAH ORAL PACKET 20 MG (<i>baclofen</i>)	3	PA; QL (4 packets 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metaxalone oral tablet</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methocarbamol oral tablet 1000 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<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*	
OZOBAX DS ORAL SOLUTION (<i>baclofen</i>)	3	PA; QL (40 mL per 1 day)
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (<i>methocarbamol</i>)	3	
SOMA ORAL TABLET (<i>carisoprodol</i>)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol</i> (Tanlor Oral Tablet)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg</i>	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 4 mg</i>	3	ST; QL (9 capsules per 1 day)
<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 TABLET (<i>tizanidine hcl</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
*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		
NORGESIC FORTE ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<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>)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG (<i>palovarotene</i>)	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG (<i>palovarotene</i>)	3	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 2.5 MG, 5 MG (<i>palovarotene</i>)	3	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>)	3	PA; LD
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	3	PA; LD
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (<i>cross-linked hyaluronate</i>)	3	PA; LD
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	3	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	3	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	3	PA; LD
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	3	PA; LD
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	3	PA; LD
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	3	PA; LD
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	3	PA; LD
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	3	PA; LD
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hylan g-f 20</i>)	3	PA; LD
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hylan g-f 20</i>)	3	PA; LD
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	3	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)
RYALTRIS NASAL SUSPENSION (<i>olopatadine-mometasone</i>)	3	QL (1 inhaler per 30 days)
*NASAL ANESTHETICS*** - ALLERGY		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION (<i>cocaine hcl (nasal anesthetic)</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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</i>	1 or 1b*	QL (1 package 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*	BE; QL (1 bottle per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension</i>	3	ST; BE; QL (1 bottle per 30 days)
OMNARIS NASAL SUSPENSION (<i>ciclesonide</i>)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL CONTOUR NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	3	
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	
QNASL CHILDRENS NASAL AEROSOL SOLUTION (<i>beclomethasone diprop (nasal)</i>)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
QNASL NASAL AEROSOL SOLUTION (<i>beclomethasone diprop (nasal)</i>)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION (<i>fluticasone propionate</i>)	3	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
NEUROMUSCULAR AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
*ALS AGENTS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>edaravone intravenous solution 30 mg/100ml</i>	3	PA; LD; SP
<i>edaravone intravenous solution 60 mg/100ml</i>	3	PA; SP
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION (<i>edaravone</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION (<i>edaravone</i>)	3	PA; LD; QL (1 starter kit per 1 lifetime); SP
*BENZATHIAZOLES*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>riluzole oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION (<i>riluzole</i>)	3	PA; LD; QL (40 mL per 1 day)
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION (<i>riluzole</i>)	3	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	
*FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE (<i>omaveloxolone</i>)	3	PA; LD; QL (3 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eteplirsén</i>)	3	PA; LD
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>viltolarsén</i>)	3	PA; LD
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golodirsén</i>)	3	PA; LD
*MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION (<i>givinostat hcl</i>)	3	PA; LD; QL (12 mL per 1 day)
*NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>onabotulinumtoxina</i>)	3	PA; LD
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>abobotulinumtoxina</i>)	3	PA; LD; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>rimabotulinumtoxinb</i>)	3	PA; LD; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>incobotulinumtoxina</i>)	3	PA; LD; SP
*NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>atracurium besylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<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>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (5 mg per 1 day)
EVRYSDI ORAL TABLET (<i>risdiplam</i>)	3	PA; QL (1 tablet 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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
<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 %</i>	1 or 1b*	
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	3	
<i>glucose (dextrose) intravenous solution</i>	3	
*LIPIDS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emuls plant base(soy/oliv)</i>)	3	
DOJOLVI ORAL LIQUID (<i>triheptanoin</i>)	3	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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>brimonidine tartrate-timolol</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
COSOPT OPHTHALMIC SOLUTION (<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
COSOPT PF OPHTHALMIC SOLUTION (<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>)	3	QL (60 units 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*	
ISTALOL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>timolol maleate</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
<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)
*CHOLINERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
TYRVAYA NASAL SOLUTION (<i>varenicline tartrate</i>)	3	PA; QL (0.28 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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 10 %</i>	1 or 1b*	
<i>phenylephrine hcl ophthalmic solution 2.5 %</i>	3	
<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*	
QLOSI OPHTHALMIC SOLUTION (<i>pilocarpine hcl</i>)	3	PA; QL (2 vials per 1 day)
VUITY OPHTHALMIC SOLUTION (<i>pilocarpine hcl</i>)	3	PA; QL (5 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION (<i>faricimab-svoa</i>)	3	PA; LD; SP
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>faricimab-svoa</i>)	3	PA; LD; SP
*OPHTHALMIC ANTIALLERGIC*** - DRUGS FOR ITCHY EYE		
ALOCRILOPHTHALMIC SOLUTION (<i>nedocromil sodium</i>)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution</i>	3	ST; QL (10 mL per 30 days)
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bepotastine besilate</i>)	3	ST; QL (10 mL per 30 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (2 bottles 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	3	ST; BE; QL (0.1 mL per 1 day)
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cetirizine hcl</i>)	3	ST; QL (2 boxes 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 1.5 %</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)
*OPHTHALMIC ANTISEPTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION (<i>povidone-iodine</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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		
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>brinzolamide</i>)	3	QL (15 ML per 30 days)
<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>)	3	PA; LD
*OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION (<i>avacincaptad pegol</i>)	3	PA; LD; SP
*OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>ak-fluor intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>altafluor benox ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluorescein intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluorescein sodium 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		
XDEMVIY OPHTHALMIC SOLUTION (<i>lotilaner</i>)	3	PA; QL (1 bottle per 1 fill)
*OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
CEQUA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cyclosporine</i>)	3	PA; QL (2 vials per 1 day)
<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)
VEVYE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cyclosporine</i>)	3	PA; QL (0.2 mL per 1 day)
*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	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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>)	3	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)
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bromfenac sodium</i>)	3	QL (3 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>verteporfin</i>)	3	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	
*OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>netarsudil dimesylate</i>)	3	QL (2.5 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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 (<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		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	
<i>clobetasol propionate ophthalmic suspension</i>	3	QL (3.5 mL per 30 days)
<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)
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	PA; QL (20 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>)	3	PA; LD; SP
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (5.6 mL per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (10 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 0.2 %</i>	3	
<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 FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>prednisolone acetate</i>)	3	QL (20 mL per 30 days)
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>)	3	PA; LD
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	PA; LD; SP
*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>)	3	LD
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (<i>hypromellose</i>)	3	
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	3	LD
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	3	LD
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	3	LD
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (60 mL per 28 days)
*OPHTHALMICS MISC. - OTHER*** - DRUGS FOR THE EYE		
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION (<i>perfluorohexyloctane</i>)	3	PA; QL (2 bottles per 25 days)
*PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>bimatoprost ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (<i>bimatoprost</i>)	3	PA; LD; QL (2 applicators per 1 lifetime); SP
IDOSE TR INTRAOCULAR IMPLANT (<i>travoprost</i>)	3	PA; LD; QL (2 units per 1 lifetime)
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)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION (<i>travoprost</i>)	3	QL (10 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)
XALATAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>latanoprost</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>brolicizumab-dbl</i>)	3	PA; LD; SP
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab-nuna</i>)	3	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab-eqrn</i>)	3	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION (<i>aflibercept</i>)	3	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION (<i>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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>aflibercept</i>)	3	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ranibizumab</i>)	3	PA; LD; SP
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION (<i>aflibercept-ayyh</i>)	3	PA
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>aflibercept-ayyh</i>)	3	PA
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab</i>)	3	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab</i>)	3	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		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION (<i>ciprofloxacin-hydrocortisone</i>)	3	QL (10 mL per 1 fill)
<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	
<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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>carboprost tromethamine</i>)	3	
PREPIDIL VAGINAL GEL (<i>dinoprostone</i>)	3	
*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>)	3; \$0	PA; LD; QL (2 syringe per 180 days)
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML (<i>nirsevimab-alip</i>)	3; \$0	PA; LD; QL (1 syringe per 1 lifetime)
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pemivibart</i>)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>palivizumab</i>)	3	PA; LD; SP
*BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bezlotoxumab</i>)	3	PA
*IMMUNE SERUMS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-stwk</i>)	3	PA; LD
ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-slra</i>)	3	PA; LD; SP
BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>botulism immune globulin human</i>)	3	
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vaccinia immune globulin human</i>)	3	
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-hipp</i>)	3	PA; LD; SP
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cytomegalovirus immune glob</i>)	3	LD; SP
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
GAMMAKED INJECTION SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	3	LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	3	LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	3	LD; SP
HYPERRAB INJECTION SOLUTION (<i>rabies immune globulin</i>)	3	LD; SP
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	3	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>)	3	LD; SP
KEDRAB INJECTION SOLUTION	3	LD; SP
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	3	LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-ifas</i>)	3	PA; LD; SP
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	3	PA; LD; SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	3	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	3	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>)	3	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-klhw</i>)	3	PA; LD; SP
*PASSIVE IMMUNIZING AGENTS - COMBINATIONS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT (<i>immune globulin-hyaluronidase</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
*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	
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>pipercillin sod-tazobactam so 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>naftillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>naftillin 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)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG (<i>progesterone</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 200 MG (<i>progesterone</i>)	3	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)
LUCEMYRA ORAL TABLET (<i>lofexidine hcl</i>)	3	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		
LUMRYZ ORAL PACKET (<i>sodium oxybate</i>)	3	PA; LD; QL (1 packet 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LUMRYZ STARTER PACK ORAL THERAPY PACK (<i>sodium oxybate</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 6 months); SP
<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)
*ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
XYWAV ORAL SOLUTION (<i>ca, mg, k, and na oxybates</i>)	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
*ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
<i>memantine hcl-donepezil hcl oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG (<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7-10 MG (<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>)	3	PA; LD; QL (1 autoinjector per 28 days)
*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		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>donepezil hcl</i>)	3	ST; QL (1 patch per 1 week)
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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (1 gram per 1 day)
ZUNVEYL ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>benzgalantamine gluconate</i>)	3	QL (2 tablets 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>)	3	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>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>deutetrabenazine</i>)	3	PA; LD; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	3	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	3	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>valbenazine tosylate</i>)	3	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
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG (<i>tetrabenazine</i>)	3	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
XENAZINE ORAL TABLET 25 MG (<i>tetrabenazine</i>)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
*MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
AUBAGIO ORAL TABLET (<i>teriflunomide</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<i>teriflunomide oral tablet</i>	1 or 1b*	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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - ANTIMETABOLITES*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ocrelizumab-hyaluronidase-ocsq</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 6 months); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (<i>interferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (<i>interferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (<i>interferon beta-1b</i>)	3	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>peginterferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>peginterferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>interferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>interferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (4.2 ML per 28 days); SP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (12 syringes 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES**** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
BRIUMVI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ublituximab-xiyy</i>)	3	PA; LD; QL (3 vials per 24 weeks); SP
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>ofatumumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alemtuzumab</i>)	3	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ocrelizumab</i>)	3	PA; LD; QL (2 vials per 180 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>natalizumab</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>monomethyl fumarate</i>)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
<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
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG (<i>dimethyl fumarate</i>)	3	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG (<i>dimethyl fumarate</i>)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE THERAPY PACK (<i>dimethyl fumarate</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>diroximel fumarate</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS**** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (<i>glatiramer acetate</i>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML (<i>glatiramer acetate</i>)	3	PA; LD; QL (12 syringe 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	3	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	3	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)
*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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
AQNEURSA ORAL PACKET (<i>levacetylleucine</i>)	3	PA; LD; QL (4 packets per 1 day)
MIPLYFFA ORAL CAPSULE (<i>arimoclomol citrate</i>)	3	PA; LD; QL (3 capsules 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)
*RESTLESS LEG SYNDROME (RLS) AGENTS**** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>gabapentin enacarbil</i>)	3	PA; QL (2 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>)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 90 days); SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>patisiran sodium</i>)	3	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 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	
<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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>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	
<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)

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
GILENYA ORAL CAPSULE (<i>fingolimod hcl</i>)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	3	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>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
PONVORY ORAL TABLET (<i>ponesimod</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ponesimod</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
TASCENSO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>fingolimod lauryl sulfate</i>)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>ozanimod hcl</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (<i>ozanimod hcl</i>)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>ozanimod hcl</i>)	3	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	ST; DO
*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>)	3	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alpha1-proteinase inhibitor</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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	3	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	3	PA; LD; SP
*CFTR POTENTIATORS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
KALYDECO ORAL PACKET (<i>ivacaftor</i>)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
KALYDECO ORAL TABLET (<i>ivacaftor</i>)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
*CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG (<i>vanzacaft-tezacaft-deutivacaft</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG (<i>vanzacaft-tezacaft-deutivacaft</i>)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	3	PA; LD; QL (2 units per 1 day); SP
ORKAMBI ORAL TABLET (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	3	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>tezacaftor-ivacaftor</i>)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); SP
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); SP
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); SP
*CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (<i>mannitol (cystic fibrosis)</i>)	3	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (<i>mannitol (cystic fibrosis)</i>)	3	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
*HYDROLYTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (<i>dornase alfa</i>)	3	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>)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
*PULMONARY FIBROSIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
ESBRIET ORAL CAPSULE (<i>pirfenidone</i>)	3	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG (<i>pirfenidone</i>)	3	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG (<i>pirfenidone</i>)	3	PA; LD; QL (3 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>pirfenidone oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	1 or 1b*	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*	
DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>doxycycline hyclate</i>)	3	ST
<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</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release</i>	3	ST; 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; QL (1 capsule per 1 day)
<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*	QL (1 tablet per 1 day)
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>minocycline hcl</i>)	3	
<i>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
<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)
SEYSARA ORAL TABLET (<i>sarecycline hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>targadox oral tablet</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>tetracycline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>tetracycline hcl oral tablet</i>	3	ST; QL (4 tablets 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	
ERMEZA ORAL SOLUTION (<i>levothyroxine 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	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>)	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 10 mg/5ml</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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

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>	1 or 1b*	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1 or 1b*	
<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*	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine premixed intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nizatidine oral capsule</i>	1 or 1b*	
PEPCID ORAL TABLET (<i>famotidine</i>)	3	
*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*	
*PPI - POTASSIUM-COMPETITIVE ACID BLOCKERS (P-CAB)*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG (<i>vonoprazan fumarate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VOQUEZNA ORAL TABLET 20 MG (<i>vonoprazan fumarate</i>)	3	PA; QL (56 tablets per 8 months)
*PROTON PUMP INHIBITOR-ANTACID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
KONVOMEPEP ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	3	ST; QL (20 mL per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1100 mg</i>	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet</i>	3	ST; QL (1 packet per 1 day)
*PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
ACIPHEX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>rabeprazole sodium</i>)	3	ST
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>dexlansoprazole</i>)	3	ST
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release</i>	3	ST
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg, 40 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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>esomeprazole magnesium oral packet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	ST
<i>esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	1 or 1b*	ST; BE; QL (1 capsule per 1 day)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1 or 1b*	
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	3	ST
NEXIUM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>esomeprazole magnesium</i>)	3	ST
NEXIUM ORAL PACKET (<i>esomeprazole magnesium</i>)	3	ST
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium oral packet</i>	3	ST
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium-nacl intravenous solution</i>	3	
PREVACID ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>lansoprazole</i>)	3	ST
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE DISPERSIBLE (<i>lansoprazole</i>)	3	ST
PRILOSEC ORAL PACKET (<i>omeprazole magnesium</i>)	3	ST
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pantoprazole sodium</i>)	3	
PROTONIX ORAL PACKET (<i>pantoprazole sodium</i>)	3	ST
PROTONIX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>pantoprazole sodium</i>)	3	ST
RABEPRAZOLE SODIUM ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	ST
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release</i>	3	ST
*QUATERNARY ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
CUVPOSA ORAL SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
GLYCATÉ 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
<i>glycopyrrolate pf +rfid injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
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*	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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 ANTI-INFECTIVE-PCAB COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK (<i>amoxicillin-vonoprazan</i>)	3	PA; QL (1 pack per 1 fill)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK (<i>amoxicill-clarithro-vonoprazan</i>)	3	PA; 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
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)
DETROL ORAL TABLET (<i>tolterodine tartrate</i>)	3	ST; QL (2 tablets 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)
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>oxybutynin</i>)	3	ST; BE; QL (8 patch per 28 days)
<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)

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>fesoterodine fumarate</i>)	3	ST; QL (1 tablet 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)
VESICARE LS ORAL SUSPENSION (<i>solifenacin succinate</i>)	3	PA; QL (10 mL per 1 day)
VESICARE ORAL TABLET (<i>solifenacin succinate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
GEMTESA ORAL TABLET (<i>vibegron</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<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	PA; QL (3 bottles per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>mirabegron</i>)	3	ST; 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	
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	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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		
ABRYSCO 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	
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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	2; \$0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	2; \$0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	3; \$0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis a vaccine</i>)	3; \$0	
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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>chikungunya virus vac rcmb vlp</i>)	3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (<i>yellow fever vaccine</i>)	3	
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	

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 el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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		
ESTRACE VAGINAL CREAM (<i>estradiol</i>)	3	QL (42.5 grams per 30 days)
<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)
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)
VAGIFEM VAGINAL TABLET (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 tablet per 28 days)
<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>)	3	LD; SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (<i>progesterone</i>)	3	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	
AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>epinephrine</i>)	3	ST; QL (2 pens 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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	
EPIPEN 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>epinephrine</i>)	3	ST; QL (2 pens per 1 fill)
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>epinephrine</i>)	3	ST; QL (2 pens per 1 fill)
NEFFY NASAL SOLUTION 2 MG/0.1ML (<i>epinephrine</i>)	3	ST; QL (1 carton per 1 fill)
*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
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG (<i>droxidopa</i>)	3	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (<i>droxidopa</i>)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
*VASOPRESSORS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
ADRENALIN INTRAVENOUS SOLUTION 8-0.9 MG/250ML-% (<i>epinephrine-nacl</i>)	3	
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 bitartrate-nacl intravenous solution prefilled syringe</i>	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	
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	

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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 05/01/2025

Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS	219	ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS	ADVOCATE INSULIN PEN
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	219	17G	NEEDLE
<i>abacavir sulfate</i>	122	ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	219
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	119	ACTIMMUNE	ADVOCATE INSULIN PEN
ABELCET	71	ACTIVASE	NEEDLES
ABILIFY	118	ACTIVELLA	219
ABILIFY ASIMTUFII	118	ACTONEL	ADVOCATE INSULIN SYRINGE
ABILIFY MAINTENA	118	ACTOPLUS MET	219
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE		ACTOS	ADVOCATE LANCETS
KIT	118	ACULAR	207
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	118	ACULAR LS	ADVOCATE LANCETS 30G
<i>abiraterone acetate</i>	89	ACUVAIL	207
Abirtega	89	<i>acyclovir</i>	ADVOCATE LANCING DEVICE
ABLYSINOL	134	<i>acyclovir sodium</i>	ADVOCATE RAPID-SAFE
ABRAXANE	107	ACZONE	LANCING
ABRILADA (1 PEN)	22	ADACEL	207
ABRILADA (2 PEN)	22	ADAKVEO	ADVOCATE REDI-CODE
ABRILADA (2 SYRINGE)	22	<i>adalimumab-aacf (2 pen)</i>	161
ABRYSVO	283	<i>adalimumab-aacf (2 syringe)</i>	ADVOCATE REDI-CODE+ TEST
ABSORICA	147	<i>adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt)</i>	161
ABSORICA LD	147	<i>adalimumab-aacf(ps/uv starter)</i>	ADVOCATE SAFETY LANCETS
ACAM2000	283	<i>adalimumab-aaty (1 pen)</i>	ADVOCATE SAFETY LANCETS
<i>acamprosate calcium</i>	266	<i>adalimumab-aaty (2 pen)</i>	26G
ACANYA	147	<i>adalimumab-aaty (2 syringe)</i>	207
<i>acarbose</i>	59	<i>adalimumab-adaz</i>	ADVOCATE TEST
ACCOLATE	44	<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i>	161
ACCRUFER	195	<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i>	ADYNOVATE
ACCU-CHEK AVIVA PLUS	161	<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt)</i>	187
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET	207	<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter)</i>	ADZENYS XR-ODT
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS	207	<i>adalimumab-fkjp (2 pen)</i>	16
ACCU-CHEK GUIDE TEST	161	<i>adalimumab-fkjp (2 syringe)</i>	<i>adzynta</i>
ACCU-CHEK SAFE-T PRO		<i>adalimumab-ryvk (2 pen)</i>	186
LANCETS	207	<i>adalimumab-ryvk (2 syringe)</i>	AFINITOR
ACCU-CHEK SMARTVIEW	161	<i>adapalene</i>	99
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		ADAPALENE	AFINITOR DISPERZ
DEV	207	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	99
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	207	ADASUVE	<i>afirmelle</i>
ACCUPRIL	78	ADBRY	137
ACCURETIC	77	ADCETRIS	AFLURIA
<i>accutane</i>	147	ADCIRCA	283
ACCUTREND GLUCOSE	161	ADDERALL	AFLURIA PRESERVATIVE FREE
<i>acebutolol hcl</i>	126	ADDERALL XR	283
ACETADOTE	68	ADDYI	AFREZZA
<i>acetaminophen</i>	30	<i>adefovir dipivoxil</i>	AFSTYLA
<i>acetaminophen-codeine</i>	32	ADEMPAS	187
<i>acetazolamide</i>	166	<i>adenosine</i>	<i>aftera</i>
<i>acetazolamide er</i>	166	ADIPEX-P	140
<i>acetazolamide sodium</i>	166	<i>adjustable lancing device</i>	<i>afterpill</i>
<i>acetic acid</i>	185, 262	ADLARITY	141
<i>acetylcysteine</i>	68, 146	ADMELOG	AGAMATRIX AMP TEST
ACIPHEX	279	ADMELOG SOLOSTAR	161
<i>acitretin</i>	150	ADRENALIN	AGAMATRIX JAZZ TEST
ACTEMRA	26	ADRENALIN-NACL	161
ACTEMRA ACTPEN	26	<i>adriamycin</i>	AGAMATRIX PRESTO TEST
ACTHAR	169	ADTHYZA	161
ACTHAR GEL	169	ADV AIR DISKUS	AGAMATRIX ULTRA-THIN
ACTHIB	282	ADV AIR HFA	LANCETS
ACTIFLOVIT EAR HEALTH	247	ADVANCE INTUITION TEST	207
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE	196	ADVANCE MICRO-DRAW TEST	AGAMREE
ACTI-LANCE 28G	207	ADVANCED MOBILE LANCET	143
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	207	ADVATE	AGGRASTAT
			190
			AGRYLIN
			192
			AIMOVIQ
			227
			<i>aimso lubricated</i>
			205
			AIMSCO TWIST LANCETS 32G
			207
			AIMSCO TWIST LANCETS 33G
			207
			AIRDUO RESPICLICK 113/14
			42
			AIRDUO RESPICLICK 232/14
			42
			AIRDUO RESPICLICK 55/14
			42
			AIRSUPRA
			42
			AJOVY
			227
			AKEEGA
			98
			<i>ak-fluor</i>
			257
			AKLIEF
			148
			AKOVAZ
			287
			AKTEN
			258
			AKYNZEO
			70
			AKYNZEO (READY-TO-USE)
			70
			AKYNZEO (TO-BE-DILUTED)
			70
			ALA SCALP
			153
			<i>ala-cort</i>
			153
			<i>albendazole</i>
			38
			ALBUKED 25
			191
			ALBUKED 5
			191
			ALBUMIN HUMAN
			191
			ALBUMINEX
			191
			ALBUMIN-ZLB
			191
			ALBURX
			191

ALBUTEIN.....	191	AMIDATE.....	183	ANNOVERA.....	140
<i>albuterol sulfate</i>	43	<i>amikacin sulfate</i>	21	ANORO ELLIPTA.....	42
ALBUTEROL SULFATE.....	43	<i>amiloride hcl</i>	167	<i>anti-oxidant</i>	241
<i>albuterol sulfate hfa</i>	43	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	166	ANTIVENIN LATRODECTUS	
ALCAINE.....	258	<i>aminocaproic acid</i>	196	MACTANS.....	263
<i>alclometasone dipropionate</i>	153	<i>aminophylline</i>	46	ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS	263
ALDACTONE.....	167	AMINOSYN II.....	252	ANUSOL-HC.....	38
ALDURAZYME.....	173	<i>aminosyn ii</i>	252	ANZEMET.....	69
ALECENSA.....	91	AMINOSYN-PF.....	252	APADAZ.....	35
<i>alendronate sodium</i>	168	AMINOSYN-PF 7%.....	252	<i>apap-caff-dihydrocodeine</i>	32
<i>alfuzosin hcl er</i>	184	<i>amiodarone hcl</i>	41	APHEXDA.....	193
ALHEMO.....	187	AMITIZA.....	179	APIDRA.....	61
ALIMTA.....	90	<i>amitriptyline hcl</i>	58	APIDRA SOLOSTAR.....	61
<i>aliskiren fumarate</i>	83	AMJEVITA.....	23, 24	APLENZIN.....	55
ALKINDI SPRINKLE.....	143	AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG	.24	APOKYN.....	113
<i>allbee/c</i>	239	AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG	.24	<i>apomorphine hcl</i>	113
<i>allopurinol</i>	186	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	77	APONVIE.....	70
<i>allopurinol sodium</i>	186	<i>amlodipine besylate</i>	128	<i>apraclonidine hcl</i>	259
ALLZITAL.....	30	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	79, 80	<i>aprepitant</i>	70, 71
<i>almotriptan malate</i>	228	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	131	APRETUDE.....	120
ALOCRIL.....	255	<i>amlodipine-olmesartan</i>	80	<i>apri</i>	137
<i>alogliptin benzoate</i>	60	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	82	APRISO.....	180
<i>alogliptin-metformin hcl</i>	60	<i>amnesteem</i>	148	APTENSIO XR.....	18
<i>alogliptin-pioglitazone</i>	61	AMNIOTEXT.....	159	APTiom.....	48
<i>alophen</i>	201	AMONDYS 45.....	252	APTIVUS.....	121
ALOPRIM.....	186	<i>amoxapine</i>	58	<i>aq insulin syringe</i>	219
ALORA.....	177	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	281	<i>aqinject pen needle</i>	219
<i>alosetron hcl</i>	180	<i>amoxicillin</i>	265	AQNEURSA.....	272
ALPHAGAN P.....	259	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	265	AQUALANCE LANCETS 30G.....	207
ALPHANATE.....	187	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	265	AQUASOL A.....	288
ALPHANINE SD.....	187	AMPHADASE.....	234	<i>aquastat</i>	231
<i>alprazolam</i>	39	AMPHENOL-40.....	159	Aquastat Sfr.....	231
<i>alprazolam er</i>	39	<i>amphetamine sulfate</i>	16	ARAKODA.....	87
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	39	<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	15	ARALAST NP.....	274
<i>alprazolam xr</i>	39	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	15	<i>aranelle</i>	142
ALPROLIX.....	187	<i>amphet-dextroamphet 3-bead er</i>	15	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	193
<i>alprostadil</i>	132	<i>amphotericin b</i>	71	ARAVA.....	29
ALREX.....	259	<i>amphotericin b liposome</i>	71	ARAZLO.....	148
ALTACE.....	78	<i>ampicillin</i>	265	ARCALYST.....	26
<i>altafluor benox</i>	257	<i>ampicillin sodium</i>	265	AREXVY.....	283
<i>altavera</i>	137	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	265	<i>arformoterol tartrate</i>	43
ALTOPREV.....	75	AMPYRA.....	270	ARGATROBAN.....	48
ALTRENO.....	148	AMRIX.....	248	ARGATROBAN IN SODIUM	
ALTUVIIO.....	187	AMVISC.....	260	CHLORIDE.....	48
ALUNBRIG.....	91	AMVUTTRA.....	272	<i>argyle sterile saline</i>	185
ALVAIZ.....	196	AMZEEQ.....	146	<i>argyle sterile water</i>	235
ALVESCO.....	45	ANAFRANIL.....	58	ARICEPT.....	267
<i>alvimopan</i>	182	<i>anagrelide hcl</i>	192	ARIKAYCE.....	21
<i>alyacen 1/35</i>	137	ANALPRAM-HC.....	38	ARIMIDEX.....	104
<i>alyacen 7/7/7</i>	142	ANAPROX DS.....	27	<i>aripiprazole</i>	118
ALYFTREK.....	275	ANASCORP.....	263	ARISTADA.....	118
ALYGLO.....	263	<i>anastrozole</i>	104	ARISTADA INITIO.....	118
ALYMSYS.....	110	ANAVIP.....	263	ARIXTRA.....	47
<i>alyq</i>	133	ANCOBON.....	71	<i>armodafinil</i>	18
<i>amantadine hcl</i>	111	ANDEXXA.....	68	ARMOUR THYROID.....	277
AMBIEN.....	198	ANDROGEL PUMP.....	37	ARNUTY ELLIPTA.....	45
AMBIEN CR.....	198	ANECTINE.....	251	AROMASIN.....	104
AMBISOME.....	71	ANESTHESIA S/I-40A.....	183	ARRANON.....	90
<i>ambrisentan</i>	133	ANESTHESIA S/I-40H.....	183	<i>arsenic trioxide</i>	104
<i>amcinonide</i>	153	ANESTHESIA S/I-40S.....	183	ARTESUNATE.....	87
AMCINONIDE.....	153	ANGELIQ.....	177	ARTHROTEC.....	27
AMELUZ.....	158	ANGIOMAX.....	47	<i>articadent dental</i>	202
<i>amethyst</i>	140	ANKTIVA.....	103	ARTISS.....	196

ARZERRA.....	92	ATRALIN.....	148	AZASITE.....	256
ASCENIV.....	263	ATROPINE SULFATE.....	255, 279	<i>azathioprine</i>	236
ASCLERA.....	236	ATROVENT HFA.....	44	AZATHIOPRINE SODIUM.....	236
<i>ascomp-codeine</i>	32	ATTRUBY.....	134	<i>azelaic acid</i>	158
ASCOR.....	288	AUBAGIO.....	268	<i>azelastine hcl</i>	251, 255
<i>asenapine maleate</i>	116	<i>aubra eq</i>	137	<i>azelastine-fluticasone</i>	250
<i>ashlyna</i>	141	AUDENZ.....	283	AZELEX.....	148
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	45	AUGMENTIN.....	265	AZESCO.....	244
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	45	AUGMENTIN ES-600.....	265	AZILECT.....	112
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	45	AUGTYRO.....	101	<i>azithromycin</i>	203, 204
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	45	<i>aum insulin safety pen needle</i>	219	AZMIRO.....	37
ASMANEX HFA.....	45	AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE.....	219	AZOPT.....	257
ASPARLAS.....	103	<i>aum pen needle</i>	219	AZOR.....	80
<i>aspirin</i>	31	AUM READYGARD DUO PEN		AZSTARYS.....	18
<i>aspirin 81</i>	30	NEEDLE.....	219	<i>aztreonam</i>	86
<i>aspirin adult low dose</i>	30	AUM SAFETY PEN NEEDLE.....	219	AZULFIDINE.....	180
<i>aspirin adult low strength</i>	30	<i>auranofin</i>	26	AZULFIDINE EN-TABS.....	180
<i>aspirin childrens</i>	30	AURLUMYN.....	132	<i>azurette</i>	136
<i>aspirin ec adult low dose</i>	30	AURORA LANCET SUPER THIN		<i>b complex (lipotropics)</i>	247
<i>aspirin ec low dose</i>	30	30G.....	207	<i>b complex 100 tr</i>	240
<i>aspirin ec low strength</i>	30	AURORA LANCET THIN 23G.....	207	<i>b complex formula 1 (lipotrop)</i>	247
<i>aspirin low dose</i>	30, 31	AURORA PEN NEEDLES.....	219	<i>b complex formula 1 (w/ fa)</i>	240
<i>aspirin regimen</i>	31	<i>aurovela 1.5/30</i>	137	<i>b complex-b12</i>	238
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	191	<i>aurovela 1/20</i>	137	<i>b complex-c</i>	239
ASPRUZYO SPRINKLE.....	38	<i>aurovela 24 fe</i>	137	B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA.....	240
ASSURE 3 TEST.....	161	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	137	<i>b complex-c-folic acid</i>	239
ASSURE 4 TEST.....	161	<i>aurovela fe 1/20</i>	137	<i>b-100 b-complex</i>	240
ASSURE COMFORT LANCETS 28G.....	207	AURYXIA.....	182	<i>b-100 complex cr</i>	240
ASSURE ID DUO PRO PEN		AUSTEDO.....	268	<i>b-100 tr</i>	240
NEEDLES.....	219	AUSTEDO XR.....	268	<i>b-50 complex</i>	240
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	219	AUSTEDO XR PATIENT		BABYBIG.....	263
ASSURE ID SAFETY PEN		TITRATION.....	268	<i>bac (butalbitol-acetamin-caff)</i>	30
NEEDLES.....	219	AUTO-LANCET.....	207	<i>bacitracin</i>	256
ASSURE II.....	161	AUTO-LANCET MINI.....	207	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	256
ASSURE II CHECK.....	161	AUTOLET II CLINISAFE.....	207	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	259
ASSURE LANCE LANCETS.....	207	AUTOLET LANCING DEVICE.....	207	<i>baclofen</i>	248
ASSURE LANCE LANCETS 21G.....	207	AUTOLET LITE CLINISAFE.....	207	BACTRIM.....	84
ASSURE LANCE PLUS SAFETY		AUTOLET LITE LANCING DEVICE.....	207	BACTRIM DS.....	84
25G.....	207	AUTOLET LITE STARTER PACK.....	207	BAFIERTAM.....	270
ASSURE LANCE PLUS SAFETY		AUTOLET MINI.....	208	<i>balance b-100</i>	248
30G.....	207	AUTOLET PLATFORMS.....	208	<i>balance b-50</i>	240
ASSURE LANCE SAFETY LANCET		AUTOLET PLUS.....	208	<i>balanced b complex</i>	240
28G.....	207	AUVELITY.....	55	<i>balanced b-100</i>	240
ASSURE PLATINUM.....	161	AUVI-Q.....	286	<i>balanced b-50 complex</i>	248
ASSURE PRISM MULTI TEST.....	161	AVALIDE.....	80	<i>balanced b-50/fa</i>	240
ASSURE PRO TEST.....	161	<i>avanafil</i>	134	BALCOLTRA.....	137
ASTAGRAF XL.....	235	AVAPRO.....	81	BALFAXAR.....	187
ATABEX EC.....	244	AVASTIN.....	110	<i>balsalazide disodium</i>	180
ATABEX OB.....	244	AVEED.....	37	BALVERSA.....	97
ATACAND.....	81	<i>aviane</i>	137	<i>balziva</i>	137
ATACAND HCT.....	80	AVITENE.....	196	BANZEL.....	49
<i>atazanavir sulfate</i>	121	AVITENE FLOUR.....	197	BAQSIMI ONE PACK.....	60
ATELVIA.....	168	AVODART.....	184	BAQSIMI TWO PACK.....	60
<i>atenolol</i>	126	AVONEX PEN.....	269	BARACLUDE.....	123
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	83	AVONEX PREFILLED.....	269	BARHEMSYS.....	70
ATGAM.....	234	AVSOLA.....	183	BASAGLAR KWIKPEN.....	61
ATIVAN.....	40	AVYCAZ.....	135	BASAGLAR TEMPO PEN.....	61
<i>atomoxetine hcl</i>	15	AXTLE.....	90	BAVENCIO.....	94
ATORVALIQ.....	75	<i>ayuna</i>	137	BAXDELA.....	178
<i>atorvastatin calcium</i>	75	AYVAKIT.....	101	<i>bayer aspirin ec low dose</i>	31
<i>atovaquone</i>	84	<i>azacitidine</i>	90	<i>bayer low dose</i>	31
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	87	AZACTAM.....	86	BCG VACCINE.....	282
<i>atracurium besylate</i>	252	<i>azasan</i>	236	<i>b-compleet-100</i>	240

<i>b-compleet-50</i>	240	BERINERT.....	189	BOSULIF.....	95
<i>b-complex</i>	240	BESIVANCE.....	256	BOTOX.....	252
<i>b-complex (folic acid)</i>	240	BESPONSA.....	92	BOTOX COSMETIC.....	156
<i>b-complex balanced</i>	239	BESREMI.....	104	<i>b-plex</i>	239
<i>b-complex plus b-12</i>	238	BETADINE OPHTHALMIC PREP.....	256	BRAFTOVI.....	96
<i>b-complex/b-12</i>	238	<i>betaine</i>	171	BRENZAVVY.....	65
<i>b-complex/electrolytes</i>	240	<i>betamethasone dipropionate</i>	153	BREO ELLIPTA.....	42
<i>b-complex/vitamin c</i>	239	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	153	BREVIBLOC.....	126
<i>b-complex-c</i>	239	<i>betamethasone valerate</i>	153	BREVIBLOC IN NAACL.....	126
<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	239	BETAPACE.....	127	BREVIBLOC PREMIXED.....	126
BD AUTOSHIELD DUO.....	219	BETAPACE AF.....	127	BREVIBLOC PREMIXED DS.....	126
<i>bd heparin posiflush</i>	47	BETASERON.....	269	BREVITAL SODIUM.....	184
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II.....	219	<i>betaxolol hcl</i>	126, 254	BREXAFEMME.....	71
BD INSULIN SYRINGE.....	219	<i>bethanechol chloride</i>	282	Breyna.....	42
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT.....	219	BETHKIS.....	21	BREZTRI AEROSPHERE.....	42
BD INSULIN SYRINGE.....	219	BETIMOL.....	254	BRIDION.....	68
MICROFINE.....	219	BETOPTIC-S.....	254	<i>briellyn</i>	137
BD INSULIN SYRINGE U/F.....	219	<i>better b complex</i>	239	BRILINTA.....	190
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT.....	220	BEVESPI AEROSPHERE.....	42	<i>brimonidine tartrate</i>	158, 259
BD INSULIN SYRINGE U-500.....	220	<i>bexagliflozin</i>	65	<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	254
BD INSULIN SYRINGE.....	220	<i>bexarotene</i>	110, 160	<i>brinzolamide</i>	257
ULTRAFINE.....	220	BEXSERO.....	282	BRIUMVI.....	270
BD MICROTAINER LANCETS.....	208	BEYAZ.....	137	BRIVIACT.....	49
BD PEN NEEDLE MICRO U/F.....	220	BEYFORTUS.....	263	BRIXADI.....	36
BD PEN NEEDLE MINI U/F.....	220	<i>bicalutamide</i>	89	BRIXADI (WEEKLY).....	36
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN.....	220	BICILLIN C-R.....	265	<i>bromfenac sodium</i>	258
BD PEN NEEDLE NANO U/F.....	220	BICILLIN C-R 900/300.....	265	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	258
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F.....	220	BICILLIN L-A.....	265	<i>bromocriptine mesylate</i>	111
BD PEN NEEDLE SHORT U/F.....	220	BIDIL.....	132	<i>bromphen-pseudoeph-dm</i>	146
<i>bd posiflush</i>	231	<i>big 100</i>	240	BROMSITE.....	258
Bd Posiflush Safescrub.....	231	<i>big 100 (biotin)</i>	240	BRONCHITOL.....	275
BD SAFETYGLIDE INSULIN.....	220	BIJUVA.....	177	BRONCHITOL TOLERANCE TEST.....	275
SYRINGE.....	220	BIKTARVY.....	119	BROVANA.....	43
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT.....	220	BILTRICIDE.....	38	BRUKINSA.....	96
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F.....	220	<i>bimatoprost</i>	158, 261	BRYHALI.....	153
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F.....	220	BIMZELX.....	150	BSS.....	257
BELBUCA.....	35	BINOSTO.....	168	BSS PLUS.....	257
BELEODAQ.....	98	BIORPHEN.....	287	<i>budesonide</i>	38, 45, 143
BELRAPZO.....	88	BIOTEL CARE TEST STRIPS.....	161	<i>budesonide er</i>	143
BELSOMRA.....	199	BIOTHRAX.....	282	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	42
<i>benazepril hcl</i>	78	<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>	281	<i>bumetanide</i>	166
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	77	<i>bisacodyl ec</i>	201	BUMEX.....	166
<i>bendamustine hcl</i>	88	<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>	281	BUPHENYL.....	176
BENDEKA.....	88	<i>bisoprolol fumarate</i>	126	BUPIVACAINE FISIOPHARMA.....	203
BENEFIX.....	187	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	83	<i>bupivacaine hcl (pf)</i>	203
BENICAR.....	81	<i>bivalirudin trifluoroacetate</i>	47, 48	<i>bupivacaine-epinephrine</i>	202
BENICAR HCT.....	80	BIVIGAM.....	263	<i>bupivacaine-epinephrine (pf)</i>	202
BENLYSTA.....	232	BIZENGRI (750 MG DOSE).....	101	<i>buprenorphine</i>	36
BENTYL.....	278	BKEMV.....	189	<i>buprenorphine hcl</i>	36
BENZALKONIUM CHLORIDE.....	119	<i>bleomycin sulfate</i>	102	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	36
BENZAMYCIN.....	147	BLINCYTO.....	95	<i>bupropion hcl</i>	55
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	35	<i>blisovi 24 fe</i>	137	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	272
BENZNIDAZOLE.....	38	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	137	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	55
<i>benzonatate</i>	145	<i>blisovi fe 1/20</i>	137	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	55
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	147	BLOOD GLUCOSE TEST.....	161	<i>buspirone hcl</i>	39
<i>benzphetamine hcl</i>	17	<i>blood glucose test strips 333</i>	161	<i>busulfan</i>	88
<i>benztropine mesylate</i>	111	BLOXIVERZ.....	87, 88	BUSULFEX.....	89
BEOVU.....	261	BLULINK GLUCOSE TEST.....	161	<i>butalbital-acetaminophen</i>	30
<i>bepotastine besilate</i>	255	BONJESTA.....	70	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	32
BEPREVE.....	255	BOOSTRIX.....	278	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	30
		<i>bortezomib</i>	101	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	32
		BORUZU.....	101	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	30
		<i>bosentan</i>	133	<i>butorphanol tartrate</i>	36

BUTRANS.....	36	CAREONE BLOOD GLUCOSE TEST.....	161	<i>cefpodoxime proxetil</i>	136
BYFAVO.....	198	.....	220	<i>cefprozil</i>	135
BYLVAY.....	180	CAREONE INSULIN SYRINGE.....	220	<i>ceftazidime</i>	136
BYLVAY (PELLETS).....	180	CAREONE LANCET SUPER THIN		<i>ceftriaxone sodium</i>	136
BYOOVIZ.....	261	30G.....	208	CEFTRIAXONE SODIUM.....	136
BYSTOLIC.....	126	CAREONE LANCET THIN 23G.....	208	<i>ceftriaxone sodium in dextrose</i>	136
CABENUVA.....	119	CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS		CEFTRIAXONE SODIUM-	
<i>cabergoline</i>	169	.....	220	DEXTRROSE.....	136
CABLIVI.....	189	CARESENS LANCETS.....	208	<i>cefuroxime axetil</i>	135
CABOMETYX.....	100	CARESENS LANCETS 30G.....	208	<i>cefuroxime sodium</i>	135, 136
CABTREO.....	147	CARESENS N GLUCOSE TEST.....	161	CELEBREX.....	26
CADUET.....	131	CARETOUCH INSULIN SYRINGE..	220	<i>celecoxib</i>	26
<i>caffeine citrate</i>	17	CARETOUCH LANCING/EJECTOR	208	CELESTONE SOLUSPAN.....	145
<i>calcipotriene</i>	152	CARETOUCH PEN NEEDLES.....	220	CELEXA.....	56
<i>calcipotriene-betameth diprop</i>	160	CARETOUCH SAFETY LANCETS..	208	CELLCEPT.....	234
<i>calcitonin (salmon)</i>	169	CARETOUCH SAFETY LANCETS		CELLCEPT INTRAVENOUS.....	234
<i>calcitrene</i>	152	26G.....	208	CELLUGEL.....	260
<i>calcitriol</i>	152, 171, 172	CARETOUCH TEST.....	161	CELONTIN.....	54
<i>calcium acetate</i>	182	CARETOUCH TWIST LANCETS		<i>cephalexin</i>	135
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	182	28G.....	208	CEPROTIN.....	190
CALCIUM GLUCONATE.....	229	CARETOUCH TWIST LANCETS		CEQUA.....	257
CALCIUM GLUCONATE-NACL.....	229	30G.....	208	CEQR SIMPLICITY 2U.....	220
CALDOLOR.....	27	CARETOUCH TWIST LANCETS		CERDELGA.....	192
CALQUENCE.....	96	33G.....	208	CEREBYX.....	54
CAMBIA.....	227	CARETOUCH TWIST MC		CEREZYME.....	192
CAMCEVI.....	106	LANCETS 30G.....	208	CERVIDIL.....	262
<i>camila</i>	142	<i>carglumic acid</i>	171	<i>cetirizine hcl</i>	73
CAMPTOSAR.....	110	<i>carisoprodol</i>	248	CETRAXAL.....	262
<i>camrese</i>	141	<i>carmustine</i>	108	<i>cetorelix acetate</i>	170
<i>camrese lo</i>	141	CARNITOR.....	169	CETROTIDE.....	170
CAMZYOS.....	131	CARNITOR SF.....	169	<i>cevimeline hcl</i>	238
CANASA.....	180	CAROSPIR.....	167	<i>charlotte 24 fe</i>	137
CANCIDAS.....	71	<i>carteolol hcl</i>	254	<i>chateau eq</i>	137
<i>candesartan cilexetil</i>	81	<i>cartia xt</i>	128	CHEMET.....	68
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	80	<i>carvedilol</i>	125	CHENODAL.....	179
<i>capecitabine</i>	90	<i>carvedilol phosphate er</i>	125	<i>childrens aspirin</i>	31
CAPLYTA.....	113	CASODEX.....	89	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	85
CAPRELSA.....	100	CASPOFUNGIN ACETATE.....	71	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	40
<i>captopril</i>	78	CATAPRES-TTS-1.....	82	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	267
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	77	CATAPRES-TTS-2.....	82	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	278
CAPVAXIVE.....	282	CATAPRES-TTS-3.....	82	<i>chlorhexidine gluconate</i>	237
CARAFATE.....	279	CATHFLO ACTIVASE.....	192	<i>chloroprocaine hcl (pf)</i>	203
CARBAGLU.....	171	CAVERJECT.....	132	<i>chloroquine phosphate</i>	87
<i>carbamazepine</i>	49	CAVERJECT IMPULSE.....	132	<i>chlorothiazide sodium</i>	167
<i>carbamazepine er</i>	49	CAYA.....	206	<i>chlorpromazine hcl</i>	117
CARBATROL.....	49	CAYSTON.....	86	CHLORPROMAZINE HCL.....	117
<i>carbidopa</i>	112	<i>cefaclor</i>	135	<i>chlorthalidone</i>	167
<i>carbidopa-levodopa</i>	112	CEFACLOR ER.....	135	<i>chlorzoxazone</i>	248
<i>carbidopa-levodopa er</i>	112	<i>cefadroxil</i>	135	CHOLBAM.....	179
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	112	<i>cefazolin sodium</i>	135	<i>cholestyramine</i>	74
<i>carbinoxamine maleate</i>	73	CEFAZOLIN SODIUM.....	135	<i>cholestyramine light</i>	74
<i>carbinoxamine maleate er</i>	73	CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE..	135	CHORIONIC GONADOTROPIN.....	174
<i>carboplatin</i>	89	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	135	CHOSEN LANCETS 30G.....	208
<i>carboprost tromethamine</i>	262	<i>cefdinir</i>	136	CHOSEN LANCING DEVICE.....	208
CARDENE IV.....	128	<i>cefepime hcl</i>	136	CHOSEN SAFETY LANCETS 28G..	208
CARDIOM LANCING DEVICE.....	208	CEFEPIME HCL.....	136	<i>chromic chloride</i>	232
CARDIZEM.....	128	CEFEPIME-DEXTROSE.....	136	CIALIS.....	134
CARDIZEM CD.....	128	<i>cefixime</i>	136	CIBINQO.....	152
CARDIZEM LA.....	128	CEFOTAN.....	135	<i>ciclodan</i>	149
CARDURA.....	82	<i>cefotaxime sodium</i>	136	<i>ciclopirox</i>	149
CARDURA XL.....	184	<i>cefotetan disodium</i>	135	<i>ciclopirox olamine</i>	149
CAREFINE PEN NEEDLES.....	220	<i>cefoxitin sodium</i>	135	<i>cidofovir</i>	123
<i>careone advanced lancing dev</i>	208	CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE..	135	<i>cilostazol</i>	190

CILOXAN.....	256	CLIMARA.....	177	COARTEM.....	87
CIMDUO.....	119	CLIMARA PRO.....	177	COBENFY.....	117
CIMERLI.....	261	Clindacin.....	146	COBENFY STARTER PACK.....	117
<i>cimetidine</i>	279	<i>clindacin etz</i>	146	COCAINE HCL.....	250
<i>cimetidine hcl</i>	279	<i>clindacin-p</i>	147	CODEINE SULFATE.....	32
CIMZIA.....	183	CLINDAGEL.....	147	<i>codeine sulfate</i>	32
CIMZIA (2 SYRINGE).....	183	<i>clindamycin hcl</i>	86	CODITUSSIN AC.....	145
CIMZIA-STARTER.....	183	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	86	CODITUSSIN DAC.....	145
<i>cinacalcet hcl</i>	168, 169	<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	147	COLAZAL.....	180
CINQAIR.....	44	<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>	147	<i>colchicine</i>	186
CINRYZE.....	189	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	147	<i>colchicine-probenecid</i>	186
CINVANTI.....	71	<i>clindamycin phosphate</i>	86, 147, 286	<i>colesevelam hcl</i>	74
CIPRO.....	178	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	86	COLESTID.....	74
CIPRO HC.....	262	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN		<i>colestipol hcl</i>	74
<i>ciprofloxacin hcl</i>	178, 256, 262	NACL.....	86	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	86
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	178	<i>clindamycin-tretinoin</i>	147	COLUMVI.....	95
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	262	CLINDESSE.....	286	COLY-MYCIN M.....	86
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i>	262	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5).....	252	COMBIGAN.....	254
<i>cisatracurium besylate</i>	252	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10).....	253	COMBIPATCH.....	177
<i>cisatracurium besylate (pf)</i>	252	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5).....	253	COMBIVENT RESPIMAT.....	42
<i>cisplatin</i>	89	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....	253	COMBOGESIC.....	27
CISPLATIN.....	89	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	253	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	
CITALOPRAM HYDROBROMIDE.....	56	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10).....	253	.....	100
<i>citalopram hydrobromide</i>	56	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14).....	253	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	
CITRANATAL 90 DHA.....	246	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14).....	253	.....	100
CITRANATAL ASSURE.....	247	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	253	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	100
CITRANATAL B-CALM.....	244	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	253	COMFORT ASSIST INSULIN	
CITRANATAL HARMONY.....	247	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	253	SYRINGE.....	220
CITRANATAL HARMONY.....	247	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	253	COMFORT ASSURED LANCETS	
CITRANATAL MEDLEY.....	247	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5).....	253	28G.....	208
<i>citrate of magnesia</i>	201	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10).....	253	COMFORT ASSURED LANCETS	
<i>citroma</i>	201	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14).....	253	33G.....	208
<i>cladribine</i>	90	<i>clinisol sf</i>	253	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	220
<i>claravis</i>	148	CLINOLIPID.....	253	COMFORT EZ MICRO PEN	
CLARINEX.....	73	<i>clinpro 5000</i>	237	NEEDLES.....	220
CLARINEX-D 12 HOUR.....	146	<i>clobazam</i>	48	COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	220
<i>clarithromycin</i>	204	<i>clobetasol propionate</i>	154, 259	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	220
<i>clarithromycin er</i>	204	<i>clobetasol propionate e</i>	153	COMFORT EZ SHORT PEN	
CLASSIC PRENATAL.....	244	<i>clobetasol propionate emulsion</i>	154	NEEDLES.....	220
CLEANLET LANCETS 28G.....	208	CLOBEX.....	154	COMFORT TOUCH INSULIN PEN	
<i>clearlax</i>	200	CLOBEX SPRAY.....	154	NEED.....	220
CLEMASTINE FUMARATE.....	73	<i>clocortolone pivalate</i>	154	COMFORT TOUCH LANCETS 31G.....	208
<i>clemastine fumarate</i>	73	<i>clodan</i>	154	COMFORT TOUCH PLUS	
CLENPIQ.....	199	CLODERM.....	154	LANCETS 28G.....	208
CLEOCIN.....	86, 286	<i>clofarabine</i>	90	COMFORT TOUCH PLUS	
CLEOCIN PHOSPHATE.....	86	Clomid.....	174	LANCETS 30G.....	208
CLEOCIN-T.....	146	<i>clomiphene citrate</i>	174	COMFORT TOUCH TWIST	
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST		<i>clomipramine hcl</i>	58	LANCET 30G.....	208
VOICE.....	161	<i>clonazepam</i>	48	COMIRNATY.....	283
CLEVER CHEK LANCETS.....	208	<i>clonidine</i>	82	COMPLERA.....	119
CLEVER CHEK TEST.....	161	<i>clonidine er</i>	82	COMPLETE NATAL DHA.....	246
CLEVER CHOICE AUTO-CODE		<i>clonidine hcl</i>	82	COMPLETENATE.....	244
TEST.....	162	<i>clonidine hcl er</i>	15	<i>complex b-100</i>	240
CLEVER CHOICE COMFORT EZ		<i>clopidogrel bisulfate</i>	192	COMPLEX B-100-INOSITOL.....	248
.....	208, 220	<i>clorazepate dipotassium</i>	40	<i>complex b-50 prolonged release</i>	240
CLEVER CHOICE LANCETS 21G.....	208	<i>clotrimazole</i>	156, 237	<i>compro</i>	117
CLEVER CHOICE LANCETS 23G.....	208	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	149	CO-NATAL FA.....	244
CLEVER CHOICE LANCETS 28G.....	208	<i>clozapine</i>	116	CONCEPT DHA.....	244
CLEVER CHOICE MICRO TEST.....	162	CLOZARIL.....	116	CONCEPT OB.....	244
CLEVER CHOICE NO CODING.....	162	C-NATE DHA.....	244	CONCERTA.....	18
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM.....	162	CNJ-016.....	263	<i>condoms</i>	205
CLEVIPREX.....	128	COAGADEX.....	187	CONDYLOX.....	157
CLICKFINE PEN NEEDLES.....	220	COAGUCHEK LANCETS.....	208	CONJUPRI.....	128
		<i>coal tar</i>	159		

<i>constulose</i>	200	<i>cvs balanced b50</i>	248	<i>daily vite</i>	241
CONTOUR NEXT TEST	162	<i>cvs c-lax laxative</i>	202	<i>daily vite multivitamin/iron</i>	241
CONTOUR PLUS TEST	162	<i>cvs folic acid</i>	194	<i>daily vites</i>	241
CONTOUR TEST	162	<i>cvs gentle laxative</i>	202	<i>daily-vite</i>	242
CONTRAVE	17	<i>cvs gentle laxative womens</i>	202	<i>daily-vite multivitamin</i>	241
CONZIP	32	CVS GLUCOSE METER TEST		<i>dalfampridine er</i>	270
COOL BLOOD GLUCOSE TEST		STRIPS	162	DALIRESP	45
STRIPS	162	<i>cvs inner ear plus</i>	248	DALVANCE	85
COPASIL	159	CVS LANCETS 21G	208	<i>danazol</i>	37
COPAXONE	270	CVS LANCETS MICRO THIN 33G	208	DANTRIUM	249
COPIKTRA	109	CVS LANCETS ORIGINAL	208	<i>dantrolene sodium</i>	249
CORDRAN	154	CVS LANCETS THIN 26G	208	DANYELZA	93
COREG	126	CVS LANCETS ULTRA THIN 30G	208	DANZITEN	95
COREG CR	126	CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G	209	<i>dapagliflozin pro-metformin er</i>	66
CORIFACT	187	<i>cvs lancing device</i>	209	<i>dapagliflozin propanediol</i>	65
CORLANOR	134	<i>cvs magnesium citrate</i>	201	<i>dapsone</i>	86, 147
CORTEF	143	<i>cvs milk of magnesia</i>	201	DAPTACEL	278
CORTENEMA	38	<i>cvs nicotine</i>	272	DAPTOMYCIN	85
CORTIFOAM	38	<i>cvs nicotine polacrilex</i>	272	<i>daptomycin-sodium chloride</i>	85
<i>cortisone acetate</i>	143	CVS PRENATAL	244	DARAPRIM	87
CORTISPORIN-TC	262	<i>cvs purelax</i>	200	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	281
CORTROPHIN	169	<i>cvs super b complex/c</i>	239	<i>darunavir</i>	121
CORTROPHIN GEL	169	<i>cvs true metrix glucose test</i>	162	DARZALEX	93
CORVERT	41	CVS ULTRA THIN LANCETS	209	DARZALEX FASPRO	103
COSELA	108	<i>cyanocobalamin</i>	193	<i>dasatinib</i>	95
COSENTYX	150, 151	CYANOKIT	68	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	137
COSENTYX (300 MG DOSE)	150	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	248	<i>dasetta 7/7/7</i>	142
COSENTYX SENSOREADY (300		<i>cyclobenzaprine hcl er</i>	248	DATROWAY	110
MG)	151	CYCLOGYL	255	DAUNORUBICIN HCL	102
COSENTYX SENSOREADY PEN	151	CYCLOMYDRIL	255	DAURISMO	98
COSENTYX UNOREADY	151	<i>cyclopentolate hcl</i>	255	DAVIMET-FLUORIDE	243
COSOPT	254	<i>cyclophosphamide</i>	108	DAXXIFY	156
COSOPT PF	254	CYCLOPHOSPHAMIDE	108	DAYBUE	252
COTELLIC	98	<i>cycloserine</i>	88	DAYPRO	27
COTEMPLA XR-ODT	18	CYCLOSET	61	<i>daysee</i>	141
COXANTO	27	<i>cyclosporine</i>	233, 257	DAYTRANA	18
COZAAR	81	<i>cyclosporine modified</i>	233	DAYVIGO	199
CRENESSITY	169	CYGNUS DUAL	159	D-CARE BLOOD GLUCOSE	162
CREON	166	CYKLOKAPRON	196	DDAVP	176
CRESEMBA	72	CYLTEZO (2 PEN)	24	DDAVP PF	176
CRESTOR	75	CYLTEZO (2 SYRINGE)	24	<i>deblitane</i>	142
CREXONT	112	CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER	24	<i>decitabine</i>	90
CRINONE	286	CYLTEZO-PSORIASIS/UV		<i>deferasirox</i>	68
CROFAB	263	STARTER	24	<i>deferasirox granules</i>	68
<i>cromolyn sodium</i>	43, 179, 255	CYMBALTA	57	<i>deferiprone</i>	68
<i>crotan</i>	159	<i>cyproheptadine hcl</i>	74	<i>deferoxamine mesylate</i>	68
<i>cryselle-28</i>	137	CYRAMZA	110	DEFITELIO	192
CRYSVITA	177	<i>cyred eq</i>	137	<i>deflazacort</i>	143
CTEXLI	179	CYSTADANE	171	DELESTROGEN	177
<i>cupric chloride</i>	232	CYSTADROPS	261	DELSTRIGO	119
CUPRIMINE	232	CYSTAGON	185	<i>delyla</i>	137
<i>curity sterile saline</i>	185	CYSTARAN	261	DELZICOL	180
CUTAQUIG	263	<i>cytarabine</i>	90	<i>demeclocycline hcl</i>	276
CUVITRU	263	<i>cytarabine (pf)</i>	90	DEMEROL	32
CUVPOSA	280	CYTOGAM	264	DEMSEER	79
CUVRIOR	232	CYTOMEL	277	DENAVIR	152
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST	162	CYTOTEC	281	DENGVAXIA	283
<i>cvs aspirin adult low dose</i>	31	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	48	<i>denta 5000 plus</i>	237
<i>cvs aspirin adult low strength</i>	31	<i>dacarbazine</i>	104	<i>denta 5000 plus sensitive</i>	237
<i>cvs aspirin ec</i>	31	<i>dactinomycin</i>	102	<i>dentagel</i>	237
<i>cvs aspirin low dose</i>	31	<i>daily multiple vitamins</i>	241	DEPAKOTE	54
<i>cvs aspirin low strength</i>	31	<i>daily value multivitamin</i>	241	DEPAKOTE ER	54
<i>cvs b complex plus c</i>	239	<i>daily vitamins</i>	241	DEPAKOTE SPRINKLES	54

DEPEN TITRATABS	233	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE	229	<i>disulfiram</i>	266
DEPO-ESTRADIOL	177	<i>dextrose-sodium chloride</i>	229	DIURIL	167
DEPO-MEDROL	143	DEXYCU	259	<i>divalproex sodium</i>	54
DEPO-PROVERA	141, 142	DHIVY	112	<i>divalproex sodium er</i>	54
DEPO-SUBQ PROVERA 104	142	DIACOMIT	49	DIVIGEL	177
DEPO-TESTOSTERONE	37	<i>dialyvit 800</i>	239	<i>dobutamine hcl</i>	131
DERMACINRX PRETRATE	244	DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE		DOBUTAMINE-DEXTROSE	131
DERMA-SMOOTH/FS BODY	154	TEST	162	DOCETAXEL	107
DERMA-SMOOTH/FS SCALP	154	DIATHRIVE GLUCOSE TEST	162	DOCIVYX	107
DERMOTIC	262	DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN		<i>dofetilide</i>	41
DESCOVY	119	30	209	DOJOLVI	253
DESFERAL	68	DIATHRIVE LANCETS	209	<i>dolishale</i>	140
<i>desflurane</i>	184	DIATHRIVE LANCING DEVICE	209	DOLOBID	31
<i>desipramine hcl</i>	58	DIATHRIVE PEN NEEDLE	221	<i>donepezil hcl</i>	267
<i>desloratadine</i>	73	DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST	162	DOPAMINE HCL	131
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	176	<i>diazepam</i>	40, 48	DOPAMINE-DEXTROSE	131
<i>desmopressin acetate</i>	176	<i>diazepam intensol</i>	40	DOPRAM	17
<i>desmopressin acetate pf</i>	176	<i>diazoxide</i>	60	DOPTelet	196
<i>desmopressin acetate spray</i>	176	DIBENZYLINE	79	DORYX MPC	276
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	136	<i>dichlorphenamide</i>	166	<i>dorzolamide hcl</i>	257
<i>desonide</i>	154	DICLEGIS	70	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	254
DESOWEN	154	<i>diclofenac epolamine</i>	149	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	254
<i>desoximetasone</i>	154	<i>diclofenac potassium</i>	27	<i>dotti</i>	177
DESVENLAFAXINE ER	57	<i>diclofenac potassium(migraine)</i>	227	DOVATO	119
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	57	<i>diclofenac sodium</i>	27, 149, 150, 258	<i>doxazosin mesylate</i>	82
DETROL	281	<i>diclofenac sodium er</i>	27	<i>doxepin hcl</i>	59, 150, 198
DEXABLISS	143	<i>diclofenac-misoprostol</i>	27	<i>doxercalciferol</i>	172
<i>dexamethasone</i>	143	<i>dicloxacillin sodium</i>	266	DOXIL	102
DEXAMETHASONE INTENSOL	143	<i>dicyclomine hcl</i>	278	<i>doxorubicin hcl</i>	102
<i>dexamethasone sod phos +rfid</i>	143	<i>diethylpropion hcl</i>	17	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	102
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	143	<i>diethylpropion hcl er</i>	17	<i>doxy 100</i>	276
DEXAMETHASONE SOD		DIFFERIN	148	<i>doxycycline</i>	158
PHOSPHATE PF	144	DIFICID	204	<i>doxycycline hyclate</i>	276
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		<i>diflorasone diacetate</i>	154	<i>doxycycline monohydrate</i>	276
.....	144, 259	DIFLUCAN	72	<i>doxylamine-pyridoxine</i>	70
DEXAMETHASONE SODIUM		<i>diflunisal</i>	31	DRISDOL	288
PHOSPHATE	144	<i>difluprednate</i>	259	DRIZALMA SPRINKLE	57
DEXCOM G6 RECEIVER	209	DIGIFAB	68	<i>dronabinol</i>	70
DEXCOM G6 SENSOR	209	<i>digoxin</i>	131	<i>droperidol</i>	39
DEXCOM G6 TRANSMITTER	209	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	228	DROPLET GENTEEL LANCING	
DEXCOM G7 RECEIVER	209	DILANTIN	54	DEVICE	209
DEXCOM G7 SENSOR	209	DILANTIN INFATABS	54	DROPLET INSULIN SYRINGE	221
DEXEDRINE	16	DILANTIN-125	54	DROPLET LANCETS ULTRA THIN	
DEXILANT	279	DILAUDID	32	30G	209
<i>dexlansoprazole</i>	279	<i>diltiazem hcl</i>	129	DROPLET LANCING DEVICE	209
DEXMEDETOMIDINE HCL	199	DILTIAZEM HCL	129	DROPLET MICRON	221
<i>dexmedetomidine hcl</i>	199	<i>diltiazem hcl er</i>	129	DROPLET PEN NEEDLES	221
<i>dexmedetomidine hcl in nacl</i>	199	<i>diltiazem hcl er beads</i>	128	DROPLET PERSONAL LANCETS	
DEXMEDETOMIDINE HCL-		<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	128	30G	209
DEXTROSE	199	<i>dilt-xr</i>	129	DROPSAFE ACTI-LANCE 23G	209
<i>dexamethylphenidate hcl</i>	18, 19	DIMENHYDRINATE	70	DROPSAFE SAFETY PEN	
<i>dexamethylphenidate hcl er</i>	18	<i>dimethyl fumarate</i>	270	NEEDLES	221
<i>dextrazoxane</i>	104	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	270	DROPSAFE SAFETY	
<i>dextrazoxane hcl</i>	104	DIOVAN	81	SYRINGE/NEEDLE	221
DEXTENZA	259	DIOVAN HCT	80	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	137
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	16	DIPENTUM	180	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	137
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	16	<i>diphenhydramine hcl</i>	73	DROXIA	193
<i>dextrose</i>	253	<i>diphenoxylate-atropine</i>	67	<i>droxidopa</i>	287
DEXTROSE	253	DIPRIVAN	183	DRUG MART LANCETS THIN 26G	209
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48		DIPROLENE	154	DRUG MART ON-THE-GO LANCET	
.....	229	<i>dipyridamole</i>	191	30G	209
<i>dextrose in lactated ringers</i>	229	DISCOVISC	260	DRUG MART UNIFINE PENTIPS	221
<i>dextrose-nacl</i>	229	<i>disopyramide phosphate</i>	40		

DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS.....	221	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	221	ELAHERE.....	103
DRUG MART UNILET LANCETS 28G.....	209	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	221	ELAPRASE.....	173
DRUG MART UNILET LANCETS 30G.....	209	EASY TOUCH LANCETS 21G.....	209	ELCYS.....	253
DRUG MART UNILET LANCETS 33G.....	209	EASY TOUCH LANCETS 23G.....	209	ELELYSO.....	192
DSUVIA.....	32	EASY TOUCH LANCETS 26G.....	209	ELEMENT COMPACT TEST.....	162
DUAKLIR PRESSAIR.....	42	EASY TOUCH LANCETS 28G.....	209	ELEMENT TEST.....	162
DUAVEE.....	178	EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST.....	209	ELEPSIA XR.....	49
DUETACT.....	67	EASY TOUCH LANCETS 30G.....	209	ELESTRIN.....	178
DUEXIS.....	27	EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST.....	209	<i>eletriptan hydrobromide</i>	228
<i>dulcolax</i>	201	EASY TOUCH LANCETS 32G.....	209	ELFABRIO.....	169
<i>dulcolax milk of magnesia</i>	201	EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST.....	209	ELIDEL.....	157
DULERA.....	42	EASY TOUCH LANCETS 33G.....	209	ELIGARD.....	106
<i>duloxetine hcl</i>	57, 58	EASY TOUCH LANCING DEVICE.....	209	ELIMITE.....	159
DUOBRII.....	160	EASY TOUCH PEN NEEDLES.....	221	<i>elinest</i>	137
DUO-CARE TEST.....	162	EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G.....	209	ELIQUIS.....	46
DUOPA.....	112	EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G.....	209	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	46
DUOVISC.....	260	EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G.....	210	ELITEK.....	104
DUPIXENT.....	153	EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G.....	210	<i>elite-ob</i>	244
<i>duramorph</i>	32	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES.....	221	ELIXOPHYLLIN.....	46
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN.....	205	EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE.....	221	ELLA.....	141
DUREX REALFEEL.....	205	EASY TOUCH TEST.....	162	ELLECE.....	102
DUREX TROPICAL.....	205	EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST.....	162	ELMIRON.....	185
DUREZOL.....	259	EASY TRAK II GLUCOSE TEST.....	162	ELOCTATE.....	187
DUROLANE.....	250	<i>easygel</i>	237	ELREXFIO.....	95
DURYSTA.....	261	EASYGLUCO.....	162	<i>eluryng</i>	140
<i>dutasteride</i>	184	EASYMAX 15 TEST.....	162	ELYXYB.....	227
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	185	EASYMAX TEST.....	162	ELZONRIS.....	103
DUVYZAT.....	252	EASYPRO BLOOD GLUCOSE TEST.....	162	EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	221
DYANAVEL XR.....	16	EASYPRO PLUS.....	162	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	221
<i>dyclopro</i>	157	EBGLYSS.....	153	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	222
DYMISTA.....	250	EC-NAPROSYN.....	27	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-F.....	222
DYRENIUM.....	167	<i>ec-naproxen</i>	27	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	222
DYSPORT.....	252	<i>econazole nitrate</i>	156	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	222
<i>e.e.s. 400</i>	204	<i>econtra one-step</i>	141	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	222
E.E.S. GRANULES.....	204	<i>ecotrin low strength</i>	31	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	222
<i>ear health formula</i>	248	ECOZA.....	156	EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	222
<i>ear health plus</i>	248	<i>edaravone</i>	251	EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	222
<i>easy comfort insulin syringe</i>	221	EDARBI.....	81	EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST.....	162
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	221	EDARBYCLOR.....	80	EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST.....	162
EASY COMFORT LANCETS.....	209	EDECIN.....	166	EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE TEST.....	162
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP.....	209	<i>edetate calcium disodium</i>	68	EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G.....	210
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	221	EDEX.....	132	<i>embrace lancng device/ejector</i>	210
EASY GLIDE PEN NEEDLES.....	221	EDLUAR.....	198	EMBRACE PEN NEEDLES.....	222
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST.....	162	EDURANT.....	121	EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G.....	210
<i>easy mini eject lancng device</i>	209	<i>efavirenz</i>	121	EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G.....	210
<i>easy mini lancng device</i>	209	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	119	EMBRACE PRO GLUCOSE TEST.....	162
EASY PLUS II GLUCOSE TEST.....	162	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	119	EMBRACE TALK GLUCOSE TEST.....	162
EASY STEP TEST.....	162	EFFEXOR XR.....	58	EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE.....	162
EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST.....	162	EFFIENT.....	192	EMEND.....	71
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS.....	162	EGRIFTA SV.....	170	EMEND BIPACK.....	71
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY.....	221			EMEND TRIPACK.....	71
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE.....	162			EMERPHED.....	287
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	221			EMFLAZA.....	144

EMPLICITI.....	94	<i>epoprostenol sodium</i>	132	ESPEROCT.....	187
EMROSI.....	158	EPRONTIA.....	49	<i>estarylla</i>	137
EMSAM.....	56	EPSOLAY.....	148	<i>estazolam</i>	198
<i>emtricitabine</i>	122	<i>eptifibatide</i>	190	ESTRACE.....	178, 286
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	119	EPYSQLI.....	189	<i>estradiol</i>	178, 286
EMTRIVA.....	122	<i>eq aspirin adult low dose</i>	31	<i>estradiol valerate</i>	178
EMVERM.....	38	<i>eq aspirin low dose</i>	31	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	177
Emzahn.....	142	EQ BLOOD GLUCOSE TEST.....	163	ESTRING.....	286
<i>enalapril maleate</i>	78	<i>eq clearlax</i>	200	ESTROFACTORS.....	242
<i>enalaprilat</i>	78	<i>eq gentle laxative</i>	202	ESTROGEL.....	178
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	77	<i>eq laxative</i>	200	<i>eszopiclone</i>	198
ENBRACE HR.....	244	<i>eq magnesium citrate</i>	201	<i>ethacrynate sodium</i>	166
ENBREL.....	30	<i>eq nicotine</i>	272	<i>ethacrynic acid</i>	166
ENBREL MINI.....	30	<i>eq nicotine polacrilex</i>	272	<i>ethambutol hcl</i>	88
ENBREL SURECLICK.....	30	<i>eq nicotine step 3</i>	272	ETHAMOLIN.....	236
ENCARE.....	285	<i>eql aspirin low dose</i>	31	<i>ethosuximide</i>	54
ENDARI.....	193	<i>eql b complex 50</i>	240	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	138
ENDO AVITENE.....	197	<i>eql b-100 complex</i>	240	<i>etodolac</i>	27
<i>endocet</i>	35	<i>eq clearlax</i>	200	<i>etodolac er</i>	27
ENDOMETRIN.....	286	EQL COLOR LANCETS 21G.....	210	<i>etomidate</i>	183
<i>endur-b</i>	240	EQL COLOR LANCETS MICRO 33G.....	210	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	140
ENFAMIL EXPECTA.....	247	.....	210	ETOPOPHOS.....	107
ENGERIX-B.....	283, 284	<i>eql gentle laxative</i>	202	<i>etoposide</i>	107
ENHERTU.....	103	EQL INSULIN SYRINGE.....	222	<i>etravirine</i>	121
Enilloring.....	140	<i>eql laxative</i>	202	EUCRISA.....	158
ENJAYMO.....	189	<i>eql magnesium citrate</i>	201	EUFLEXXA.....	250
ENLITE GLUCOSE SENSOR.....	210	EQL PRENATAL FORMULA.....	244	EULEXIN.....	89
<i>enoxaparin sodium</i>	47	<i>eql super b complex/vitamin c</i>	239	<i>euthyrox</i>	277
<i>enpresse-28</i>	142	EQL SUPER THIN LANCETS 30G.....	210	EVAMIST.....	178
<i>enskyce</i>	137	EQL THIN LANCETS 26G.....	210	EVEKEO.....	16
ENSPRYNG.....	235	EQUETRO.....	113, 114	EVENTY.....	175
ENSTILAR.....	160	ERAXIS.....	71	<i>everolimus</i>	99, 235
<i>entacapone</i>	113	ERBITUX.....	96	EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER.....	210
ENTADFI.....	185	<i>ergocalciferol</i>	288	EVERSENSE 365 SMART.....	210
<i>entecavir</i>	123	ERGOMAR.....	228	TRANSMIT.....	210
ENTRESTO.....	132	<i>ergotamine-caffeine</i>	227	EVERSENSE SENSOR/HOLDER.....	210
ENTYVIO.....	181	<i>eribulin mesylate</i>	107	EVERSENSE SMART.....	210
ENTYVIO PEN.....	181	ERIVEDGE.....	98	TRANSMITTER.....	210
<i>enulose</i>	182	ERLEADA.....	89	EVISTA.....	175
ENVARUSUS XR.....	235	<i>erlotinib hcl</i>	96	EVKEEZA.....	74
EOHILIA.....	144	<i>errin</i>	142	EVOLUTION AUTOCODE.....	163
EPANED.....	78	ERTACZO.....	156	EVOMELA.....	108
EPCLUSA.....	123	<i>ertapenem sodium</i>	84	EVOTAZ.....	119
EPHEDRINE SULFATE.....		ERVEBO.....	284	EVOXAC.....	238
(PRESSORS).....	287	<i>ery</i>	147	EVRYSDI.....	252
EPIDIOLEX.....	49	ERYGEL.....	147	EXELDERM.....	156
EPIDUO.....	147	ERYPED 400.....	204	EXELON.....	267
EPIDUO FORTE.....	147	<i>ery-tab</i>	204	<i>exemestane</i>	104
EPIFOAM.....	159	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	204	EXFORGE.....	80
<i>epinastine hcl</i>	256	<i>erythromycin</i>	147, 204, 256	EXFORGE HCT.....	82
<i>epinephrine</i>	287	<i>erythromycin base</i>	204	EXJADE.....	68
EPINEPHRINE.....	287	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	204	<i>ex-lax ultra</i>	202
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	287	<i>erythromycin lactobionate</i>	204	EXONDYS 51.....	252
<i>epinephrine bitartrate-nacl</i>	287	ERZOFRI.....	114	EXTENCILLINE.....	265
EPINEPHRINE PF.....	287	ESBRIET.....	275	EYLEA.....	261, 262
EPINEPHRINESNAP.....	287	<i>escitalopram oxalate</i>	56	EYLEA HD.....	261
EPIPEN 2-PAK.....	287	ESKATA.....	159	EYSUVIS.....	259
EPIPEN JR 2-PAK.....	287	<i>esmolol hcl</i>	126	E-Z JECT LANCET MICRO-THIN.....	
<i>epitol</i>	49	ESMOLOL HCL.....	126	33G.....	210
EPIVIR.....	122	<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>	126	E-Z JECT LANCET SUPER THIN.....	
EPKINLY.....	95	<i>esomeprazole magnesium</i>	279, 280	30G.....	210
<i>eplerenone</i>	83	<i>esomeprazole sodium</i>	280	E-Z JECT LANCETS.....	210
EPOGEN.....	193				

E-Z JECT LANCETS 21G.....	210	<i>fxmid</i>	248	<i>fluocinonide</i>	155
E-Z JECT LANCETS THIN 26G.....	210	FIASP.....	62	<i>fluocinonide emulsified base</i>	154
EZALLOR SPRINKLE.....	75	FIASP FLEXTOUCH.....	61	<i>fluorescein</i>	257
<i>ezetimibe</i>	76	FIASP PENFILL.....	62	<i>fluorescein sodium</i>	257
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	76	FIASP PUMPCART.....	62	FLUORESC EIN	
EZ-LETS LANCETS 21G.....	210	FIBRYGA.....	187	SODIUM/BENOXINATE.....	257
EZ-LETS LANCETS 26G.....	210	FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0.....	163	<i>fluorescein-benoxinate</i>	257
EZ-LETS LANCETS 28G.....	210	FIFTY50 PEN NEEDLES.....	222	FLUORESCITE.....	257
EZ-LETS LANCETS 30G.....	210	FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS.....	210	<i>fluoridex</i>	238
<i>fa-8</i>	194	FIFTY50 SUPERIOR COMFORT		<i>fluoridex daily renewal</i>	237
FABHALTA.....	190	SYR.....	222	<i>fluoridex enhanced whitening</i>	238
FABIOR.....	148	FIFTY50 UNILET LANCETS 33G.....	210	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF.....	237
FABRAZYME.....	170	FILSPARI.....	185	<i>fluorimax 5000</i>	238
<i>falmina</i>	138	FILSUVEZ.....	161	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE.....	237
<i>famciclovir</i>	124	FINACEA.....	158	<i>fluorometholone</i>	259
<i>famotidine</i>	279	<i>finasteride</i>	160, 184	<i>fluorouracil</i>	90, 150
<i>famotidine (pf)</i>	279	FINGERSTIX LANCETS.....	210	<i>fluoxetine hcl</i>	56
<i>famotidine premixed</i>	279	FINTEPLA.....	49	FLUOXETINE HCL.....	56
FANAPT.....	114	Finzala.....	138	<i>fluoxetine hcl (pmdd)</i>	271
FANAPT TITRATION PACK.....	114	FIORICET.....	30	<i>fluphenazine decanoate</i>	117
FANTASY LUBRICATED.....	205	FIORICET/CODEINE.....	32	<i>fluphenazine hcl</i>	117
FANTASY		FIRAZYR.....	189	<i>flurandrenolide</i>	155
LUBRICATED/SPERMICIDE.....	205	FIRDAPSE.....	88	FLURA-SAFE.....	257
FARESTON.....	90	FIRMAGON.....	105	<i>flurazepam hcl</i>	198
FARXIGA.....	65	FIRMAGON (240 MG DOSE).....	105	<i>flurbiprofen</i>	28
FASENRA.....	44	FIRVANQ.....	85	<i>flurbiprofen sodium</i>	258
FASENRA PEN.....	44	<i>flac</i>	262	<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>	42
FASLODEX.....	105	FLAREX.....	259	<i>fluticasone propionate</i>	155, 251
FC2 FEMALE CONDOM.....	204	FLAVOVIT EAR HEALTH.....	248	<i>fluticasone propionate diskus</i>	45
<i>febuxostat</i>	186	<i>flavoxate hcl</i>	282	<i>fluticasone propionate hfa</i>	45
FEIBA.....	187	FLEBOGAMMA DIF.....	264	<i>fluticasone-salmeterol</i>	42
Feirza 1.5/30.....	138	<i>flcainide acetate</i>	41	<i>fluvastatin sodium</i>	75
Feirza 1/20.....	138	FLECTOR.....	150	<i>fluvastatin sodium er</i>	75
<i>felbamate</i>	53	FLEET STIMULANT.....	202	<i>fluvoxamine maleate</i>	56
FELBATOL.....	53	FLEQSUUVY.....	248	<i>fluvoxamine maleate er</i>	56
<i>felodipine er</i>	129	FLEXBUMIN.....	191	FLUZONE.....	284
FEMARA.....	104	FLOLAN.....	132	FLUZONE HIGH-DOSE.....	284
FEMCAP.....	204	FLOLIPID.....	75	FML FORTE.....	259
FEMLYV.....	138	FLORAFOL PEDIATRIC.....	243	FML LIQUIFILM.....	259
FEMRING.....	286	FLORIVA.....	230, 243	FOCALIN.....	19
<i>fenofibrate</i>	75	FLORIVA PLUS.....	243	FOCALIN XR.....	19
<i>fenofibrate micronized</i>	75	FLORRAXYL.....	241	<i>focinvez</i>	71
<i>fenofibric acid</i>	75	FLOTREX.....	243	<i>folate</i>	194
FENOPROFEN CALCIUM.....	27	<i>floxuridine</i>	90	FOLGARD OS.....	241
<i>fenoprofen calcium</i>	27, 28	FLUAD.....	284	<i>folic acid</i>	194
FENOPRON.....	28	FLUARIX.....	284	FOLIVANE-OB.....	244
FENSOLVI (6 MONTH).....	172	FLUBLOK.....	284	FOLLISTIM AQ.....	174
<i>fentanyl</i>	33	FLUCELVAX.....	284	FOLOTYN.....	90
FENTANYL CITRATE (PF).....	33	<i>fluconazole</i>	72	<i>foltabs 800</i>	194
<i>fentanyl citrate (pf)</i>	33	FLUCONAZOLE IN SODIUM		<i>fomepizole</i>	68
<i>fentanyl citrate pf</i>	33	CHLORIDE.....	72	<i>fondaparinux sodium</i>	47
FENTANYL CITRATE PF.....	33	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	72	FORA 6 CONNECT.....	163
<i>fentanyl citrate-nacl</i>	33	<i>flucytosine</i>	71	FORA 6 CONNECT/GTEL TEST.....	163
FERAHEME.....	195	<i>fludarabine phosphate</i>	90	FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE.....	163
<i>ferric citrate</i>	182	<i>fludrocortisone acetate</i>	145	FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST	
FERRIPROX.....	68	FLULAVAL.....	284	.....	163
FERRIPROX TWICE-A-DAY.....	68	<i>flumazenil</i>	69	FORA GD20 TEST.....	163
FERRLECIT.....	195	FLUMIST.....	284	FORA GD50 BLOOD GLUCOSE	
<i>ferumoxytol</i>	195	<i>flunisolid</i>	251	TEST.....	163
<i>fesoterodine fumarate er</i>	281	<i>fluocinolone acetonide</i>	154, 262	FORA GTEL BLOOD GLUCOSE	
FETROJA.....	136	<i>fluocinolone acetonide body</i>	154	TEST.....	163
FETZIMA.....	58	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	154	FORA LANCETS.....	210
FETZIMA TITRATION.....	58			FORA LANCING DEVICE.....	210

FORA TN'G ADVANCE PRO.....	163	<i>ft magnesium citrate</i>	201	<i>gemcitabine hcl</i>	90
FORA TN'G/TN'G VOICE.....	163	<i>ft milk of magnesia</i>	201	<i>gemfibrozil</i>	75
FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST		<i>ft nicotine</i>	272	<i>gemmily</i>	138
.....	163	<i>ft nicotine mini</i>	272	GEMTESA.....	282
FORA V30A BLOOD GLUCOSE		<i>ft prenatal</i>	244	<i>generlac</i>	182
TEST.....	163	FULL SPECTRUM B/VITAMIN C.....	239	<i>gengraf</i>	233
FORACARE GD40 TEST.....	163	FULPHILA.....	194	GENOTROPIN.....	170
FORACARE PREMIUM V10 TEST.....	163	<i>fulvestrant</i>	105	GENOTROPIN MINIQUICK.....	170
FORACARE TEST N GO TEST.....	163	<i>fulvicin p/g 165</i>	71	<i>gentamicin in saline</i>	21
FORANE.....	184	FUNGIMEZ.....	149	<i>gentamicin sulfate</i>	21, 149, 256
FORFIVO XL.....	55	FUROSCIX.....	166	GENTEEL BUTTERFLY TOUCH	
<i>formaldehyde</i>	119	<i>furosemide</i>	166	LANCET.....	211
<i>formoterol fumarate</i>	43	FUZEON.....	120	GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE).....	211
FORTEO.....	174	FYARRO.....	99	GENTEEL CONTACT TIPS	
FOSAMAX.....	168	<i>fyavolv</i>	177	(CLEAR).....	211
FOSAMAX PLUS D.....	168	FYCOMPA.....	48	GENTEEL CONTACT TIPS	
<i>fosamprenavir calcium</i>	121	FYLNETRA.....	194	(GREEN).....	211
<i>fosaprepitant dimeglumine</i>	71	<i>fyremadel</i>	170	GENTEEL CONTACT TIPS	
<i>foscarnet sodium</i>	123	<i>g tussin ac</i>	145	(ORANGE).....	211
FOSCAVIR.....	123	<i>gabapentin</i>	49	GENTEEL CONTACT TIPS	
<i>fosfomycin tromethamine</i>	87	<i>gabapentin (once-daily)</i>	271	(RAINBOW).....	211
<i>fosinopril sodium</i>	78	GABARONE.....	49	GENTEEL CONTACT TIPS	
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	77	GALAFOLD.....	170	(VIOLET).....	211
<i>fosphenytoin sodium</i>	54	<i>galantamine hydrobromide</i>	267	GENTEEL CONTACT TIPS	
FOSRENOL.....	182	<i>galantamine hydrobromide er</i>	267	(YELLOW).....	211
FOTIVDA.....	100	Gallifrey.....	266	GENTEEL LANCING KIT (BLUE).....	211
FRAGMIN.....	47	GALZIN.....	232	GENTEEL NOZZLES.....	211
<i>fraiche 5000 dental</i>	238	GAMASTAN.....	264	GENTEEL PLUS LANCING	
FREESTYLE INSULINX TEST.....	163	GAMIFANT.....	235	(BLACK).....	211
FREESTYLE LANCETS.....	210	GAMMAGARD.....	264	GENTEEL PLUS LANCING	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	264	(PURPLE).....	211
READER.....	210	GAMMAKED.....	264	GENTEEL PLUS LANCING	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GAMMAPLEX.....	264	(WHITE).....	211
SENSOR.....	210	GAMUNEX-C.....	264	GENTEEL PLUS LANCING	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS		GANCICLOVIR.....	123	DEV(BLUE).....	211
SENSOR.....	210	GANCICLOVIR SODIUM.....	123	GENTEEL PLUS LANCING	
FREESTYLE LIBRE 2 READER.....	210	<i>ganciclovir sodium</i>	123	DEV(PINK).....	211
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR.....	210	GANIRELIX ACETATE.....	170	<i>gentle laxative</i>	201, 202
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS		GARDASIL 9.....	284	GENULTIMATE TEST.....	163
SENSOR.....	210	GASTROCROM.....	179	GENVOYA.....	119
FREESTYLE LIBRE 3 READER.....	210	<i>gatifloxacin</i>	256	GEODON.....	114
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR.....	211	GATTEX.....	180	GHT TEST.....	163
FREESTYLE LIBRE READER.....	211	<i>gavilax</i>	200	GIAPREZA.....	287
FREESTYLE LITE TEST.....	163	GAVILYTE-C.....	199	GILENYA.....	274
FREESTYLE PRECISION NEO TEST		<i>gavilyte-g</i>	199	GILOTRIF.....	97
.....	163	Gavilyte-N With Flavor Pack.....	199	GIMOTI.....	179
FREESTYLE TEST.....	163	GAVRETO.....	101	GIVLAARI.....	186
FREESTYLE UNISTICK II		GAZYVA.....	92	GLASSIA.....	274
LANCETS.....	211	GE100 BLOOD GLUCOSE TEST.....	163	<i>glatiramer acetate</i>	271
<i>fresenius propoven</i>	183	<i>gefitinib</i>	97	<i>glatopa</i>	271
FRESKARO MAGNESIUM		GELFILM.....	197	GLEEVEC.....	95
CITRATE.....	201	GEL-FLOW NT.....	197	GLEOSTINE.....	108
FRINDOVYX.....	108	GELFOAM.....	197	GLIADEL WAFER.....	108
FROVA.....	228	GELFOAM COMPRESSED SIZE 100		<i>glimepiride</i>	66
<i>frovatriptan succinate</i>	228	.....	197	<i>glipizide</i>	66
FRUZAQLA.....	110	GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4.....	197	<i>glipizide er</i>	66
<i>ft aspirin</i>	31	GELFOAM SPONGE.....	197	<i>glipizide-metformin hcl</i>	66
<i>ft aspirin low dose</i>	31	GELFOAM SPONGE SIZE 100.....	197	GLOBAL EASE INJECT PEN	
<i>ft b-100 complex pr</i>	240	GELFOAM SPONGE SIZE 200.....	197	NEEDLES.....	222
<i>ft b-complex plus vitamin c</i>	239	GELFOAM SPONGE SIZE 50.....	197	GLOBAL EASY GLIDE INSULIN	
<i>ft clearlax</i>	200	GEL-ONE.....	250	SYR.....	222
<i>ft folic acid</i>	194	GELSYN-3.....	250	GLOBAL EASY GLIDE PEN	
<i>ft laxative</i>	202	GEMCITABINE HCL.....	90	NEEDLES.....	222

GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR.....	222	GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16".....	222	GRASTEK.....	20
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G.....	211	GNP LANCETS 21G.....	211	<i>griseofulvin microsize</i>	71
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G.....	211	GNP LANCETS THIN 26G.....	211	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	71, 72
GLOBAL INSULIN SYRINGES.....	222	GNP LANCING SYSTEM DEVICE.....	211	<i>guaifenesin-codeine</i>	145
<i>global lancing device</i>	211	<i>gnp magnesium citrate</i>	201	<i>guanfacine hcl</i>	82
GLOPERBA.....	186	<i>gnp milk of magnesia</i>	201	<i>guanfacine hcl er</i>	15
GLUCAGON EMERGENCY.....	60	<i>gnp nicotine</i>	272	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR.....	212
GLUCO PERFECT 3 TEST.....	163	<i>gnp nicotine mini</i>	272	GUARDIAN 4 TRANSMITTER.....	212
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS.....	163	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	272	GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER.....	212
GLUCOCARD EXPRESSION TEST.....	163	<i>gnp pen needles</i>	222	GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED.....	212
GLUCOCARD SHINE TEST.....	163	GNP PRENATAL.....	244	GUARDIAN SENSOR (3).....	212
GLUCOCARD VITAL TEST.....	163	GNP STERILE LANCETS 28G.....	211	GUARDIAN SENSOR 3.....	212
GLUCOCARD X-SENSOR.....	163	GNP STERILE LANCETS 30G.....	211	GUARDIAN SENSOR 3.....	212
GLUCOCOM LANCETS 28G.....	211	GNP STERILE LANCETS 33G.....	211	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	60
GLUCOCOM LANCETS 30G.....	211	GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS.....	163	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	60
GLUCOCOM LANCETS 33G.....	211	GNP TRUETRACK SMART SYSTEM.....	163	GVOKE KIT.....	60
GLUCOCOM TEST.....	163	GNP TRUETRACK TEST STRIPS.....	163	GVOKE PFS.....	60
GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE TEST.....	163	GNP ULTICARE PEN NEEDLES.....	222	GYNAZOLE-1.....	285
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE.....	222	GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE.....	222	<i>habitrol</i>	273
<i>glucose (dextrose)</i>	253	GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE.....	222	HADLIMA.....	24
GLUCOSE METER TEST.....	163	<i>gnp womens gentle laxative</i>	202	HADLIMA PUSHTOUCH.....	24
GLUCOTROL XL.....	67	GOCOVRI.....	111, 112	HAEGARDA.....	189
<i>glyburide</i>	67	<i>gohibic</i>	190	HAEMOLANCE.....	212
<i>glyburide micronized</i>	67	GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST.....	163	HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS.....	212
<i>glyburide-metformin</i>	66	GOJJI BLOOD TEST STRIP/LANCETS.....	164	HAEMOLANCE PLUS.....	212
GLYCATE.....	280	GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP.....	211	HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW.....	212
<i>glycine</i>	185	GOJJI STERILE LANCETS.....	211	HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW.....	212
<i>glycine urologic</i>	185	GOLYTELY.....	199	HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW.....	212
<i>glycolax</i>	200	GOMEKLI.....	98, 99	HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW.....	212
GLYCOPHOS.....	230	GONAL-F.....	174	<i>hailey 1.5/30</i>	138
<i>glycopyrrolate</i>	280	GONAL-F RFF.....	174	<i>hailey 24 fe</i>	138
GLYCOPYRROLATE.....	280	GONAL-F RFF REDIJECT.....	174	<i>hailey fe 1.5/30</i>	138
GLYCOPYRROLATE PF.....	280	<i>goodsense aspirin</i>	31	<i>hailey fe 1/20</i>	138
<i>glycopyrrolate pf</i>	280	<i>goodsense aspirin low dose</i>	31	HALAVEN.....	107
<i>glycopyrrolate pf +rfid</i>	280	<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	202	<i>halcinonide</i>	155
<i>glydo</i>	157	GOODSENSE BLOOD GLUCOSE.....	164	HALCION.....	198
GLYRX-PF.....	280	<i>goodsense clearlax</i>	200	HALDOL DECANOATE.....	115
GLYXAMBI.....	65	GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE.....	223	<i>halobetasol propionate</i>	155
<i>gnp adult aspirin low strength</i>	31	GOODSENSE COLOR LANCETS 33G.....	211	HALOBETASOL PROPIONATE.....	155
<i>gnp aspirin</i>	31	GOODSENSE LANCETS 26G UNIV.....	211	Haloette.....	140
<i>gnp aspirin low dose</i>	31	GOODSENSE LANCETS 30G.....	211	HALOG.....	155
<i>gnp b-100 complex</i>	240	GOODSENSE LANCETS 30G UNIV.....	211	<i>haloperidol</i>	116
<i>gnp b-50 complex</i>	240	GOODSENSE LANCETS 30G UNIV.....	211	<i>haloperidol decanoate</i>	115
<i>gnp b-complex plus vitamin c</i>	239	GOODSENSE LANCETS 33G.....	211	<i>haloperidol lactate</i>	115
<i>gnp clearlax</i>	200	GOODSENSE LANCETS 33G UNIV.....	211	HARVONI.....	123, 124
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES.....	222	<i>goodsense lancing device</i>	212	HAVRIX.....	284
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST.....	163	<i>goodsense magnesium citrate</i>	201	HEALON DUET PRO.....	260
<i>gnp essential one daily</i>	242	<i>goodsense milk of magnesia</i>	201	HEALON GV PRO.....	260
<i>gnp folic acid</i>	194	<i>goodsense nicotine</i>	273	HEALON PRO.....	260
<i>gnp gentle laxative</i>	202	GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE.....	223	HEALON5 PRO.....	260
GNP INSULIN SYRINGE.....	222	GRAFAPEX.....	89	HEALTH CARE LANCING DEVICE.....	212
GNP INSULIN SYRINGES.....	222	GRALISE.....	271	HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE.....	223
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2".....	222	<i>granisetron hcl</i>	69	HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES.....	223
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2".....	222	GRANIX.....	194	HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES.....	223
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16".....	222			<i>healthy hair/skin/nails</i>	242

<i>h-e-b aspirin</i>	31	HUMIRA (2 PEN)	24	HYRIMOZ-PED>=40KG CROHN	
<i>h-e-b incontrol adv lancing</i>	212	HUMIRA (2 SYRINGE)	24	START	25
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	212	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER	24	HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UEVIT	
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	212	HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT		START	25
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	212	STARTER	25	HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES	223	HUMULIN 70/30	62	START	25
H-E-B INCONTROL UNIFINE		HUMULIN 70/30 KWIKPEN	62	HYSINGLA ER	33
PENTIP	223	HUMULIN N	62	HY-VEE LANCETS	212
HECTOROL	172	HUMULIN N KWIKPEN	62	HY-VEE THIN LANCETS	212
HELIDAC THERAPY	281	HUMULIN R	62	HYZAAR	80
HEMABATE	263	HUMULIN R U-500		<i>ibandronate sodium</i>	168
HEMADY	144	(CONCENTRATED)	62	IBRANCE	105
HEMANGEOL	127	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	62	IBSRELA	180
HEMLIBRA	187	HW EMBRACE PRO GLUCOSE		<i>ibu</i>	28
HEMOFIL M	187	TEST	164	<i>ibuprofen</i>	28
HEPAGAM B	264	HW EMBRACE TALK GLUCOSE		<i>ibuprofen lysine</i>	28
<i>heparin (porcine) in nacl</i>	47	TEST	164	<i>ibuprofen-famotidine</i>	27
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL	47	HYALGAN	250	<i>ibutilide fumarate</i>	41
<i>heparin na (pork) lock flsh pf</i>	47	HYCANTIN	110	<i>icatibant acetate</i>	189
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W	47	HYCODAN	145	<i>iclevia</i>	141
<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	47	<i>hydralazine hcl</i>	83	ICLUSIG	95
<i>heparin sod (pork) lock flush</i>	47	HYDREA	104	<i>icosapent ethyl</i>	74
<i>heparin sodium (porcine)</i>	47	<i>hydrochlorothiazide</i>	167	IDAMYCIN PFS	102
HEPARIN SODIUM (PORCINE)	47	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	146	<i>idarubicin hcl</i>	102
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	47	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	33	IDELVION	188
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF	47	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	145	IDHIFA	106
HEPLISAV-B	284	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	32	IDOSE TR	261
HEPZATO W/50MM CATHETER	108	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	32	IFEX	108
HEPZATO W/62MM CATHETER	108	<i>hydrocortisone</i>	38, 144, 155	<i>ifosfamide</i>	108
HER STYLE	141	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	38	IFOSFAMIDE	108
HERCEPTIN	93	<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	38	IGALMI	199
HERCEPTIN HYLECTA	103	<i>hydrocortisone butyrate</i>	155	IGLUCOSE TEST STRIPS	164
HERCESSI	93	<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	144	IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST	
HERZUMA	93	<i>hydrocortisone valerate</i>	155	STR	164
<i>hetastarch-nacl</i>	190	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	262	IHEALTH LANCING DEVICE	212
HETLIOZ	199	<i>hydromet</i>	145	IHEEZO	258
HETLIOZ LQ	199	<i>hydromorphone hcl</i>	33	ILARIS	26
HEXATRIONE	144	<i>hydromorphone hcl er</i>	33	ILEVRO	258
HEXTEND	190	HYDROMORPHONE HCL PF	33	ILIDERM	158
HIBERIX	282	<i>hydromorphone hcl pf</i>	33	ILUMYA	151
<i>hidex 6-day</i>	144	<i>hydromorphone hcl-nacl</i>	33	ILUVIEN	259
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN	242	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	193	<i>imatinib mesylate</i>	95
HIPREX	87	HYDROXYCHLOROQUINE		IMBRUVICA	96
HIZENTRA	264	SULFATE	87	IMCIVREE	18
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE	223	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	87	IMDELLTRA	95
HM ULTICARE MINI PEN		<i>hydroxyurea</i>	104	IMFINZI	94
NEEDLES	223	<i>hydroxyzine hcl</i>	39	<i>imipenem-cilastatin</i>	84
HM ULTICARE SHORT PEN		<i>hydroxyzine pamoate</i>	39	<i>imipramine hcl</i>	59
NEEDLES	223	HYFTOR	158	<i>imipramine pamoate</i>	59
HORIZANT	272	HYLENEX	234	<i>imiquimod</i>	157
HULIO (2 PEN)	24	HYMOVIS	250	<i>imiquimod pump</i>	157
HULIO (2 SYRINGE)	24	HYMPAVZI	187	IMITREX	228
HUMALOG	62	HYPERHEP B	264	IMITREX STATDOSE REFILL	228
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	62	HYPERRAB	264	IMITREX STATDOSE SYSTEM	228
HUMALOG KWIKPEN	62	HYPERRHO S/D	264	IMJUDO	93
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	62	HYPERSAL	146	<i>imkeldi</i>	95
HUMALOG MIX 75/25	62	HYPERTET	264	IMMPHENTIV	287
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	62	HYPOLANCE AST LANCING	212	IMOGAM RABIES-HT	264
HUMALOG TEMPO PEN	62	HYQVIA	264	IMOVAX RABIES	284
HUMATE-P	187	HYRIMOZ	25	IMPAVIDO	83
HUMATIN	21	HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER	25	IMPOYZ	155
HUMATROPE	170	HYRIMOZ-PED<40KG CROHN		IMURAN	236
HUMIRA (1 PEN)	24	STARTER	25	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	286

IMVEXXY STARTER PACK.....	286	INTRALIPID.....	253	JARDIANCE.....	66
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST		INTRAROSA.....	285	<i>jasmiel</i>	138
.....	164	<i>introvale</i>	141	JATENZO.....	37
IN TOUCH LANCING DEVICE.....	212	INTUNIV.....	15	Javygtor.....	174
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G		INVEGA.....	114	JAYPIRCA.....	96
.....	212	INVEGA HAFYERA.....	114	JELMYTO.....	102
<i>inatal gt</i>	244	INVEGA SUSTENNA.....	115	JEMPERLI.....	94
INBRIJA.....	112	INVEGA TRINZA.....	115	<i>jencycla</i>	142
<i>incassia</i>	142	INVELTYS.....	259	JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL	244
INCONTROL ULTICARE PEN		INVOKAMET.....	66	JENTADUETO.....	61
NEEDLES.....	223	INVOKAMET XR.....	66	JENTADUETO XR.....	61
INCRELEX.....	172	INVOKANA.....	65	JEUVEAU.....	156
INCRUSE ELLIPTA.....	44	INZIRQO.....	167	JEVTANA.....	107
<i>indapamide</i>	167	IONOSOL-MB IN D5W.....	229	<i>jinteli</i>	177
INDERAL LA.....	127	IOPIDINE.....	259	JIVI.....	188
INDERAL XL.....	127	IPOL.....	284	JOENJA.....	232
INDOCIN.....	28	<i>ipratropium bromide</i>	44, 251	<i>jolessa</i>	141
<i>indomethacin</i>	28	<i>ipratropium-albuterol</i>	42	JORNAY PM.....	19
<i>indomethacin er</i>	28	IQIRVO.....	182	JOURNAVX.....	30
<i>indomethacin sodium</i>	28	<i>irbesartan</i>	81	Joyeaux.....	138
INFANRIX.....	278	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	80	JUBLIA.....	156
INFED.....	195	IRESSA.....	97	<i>juleber</i>	138
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST	164	<i>irinotecan hcl</i>	110	JULUCA.....	119
INFINITY VOICE.....	164	ISENTRESS.....	121	<i>junel 1.5/30</i>	138
INFLECTRA.....	183	ISENTRESS HD.....	120	<i>junel 1/20</i>	138
INFLIXIMAB.....	183	<i>isibloom</i>	138	<i>junel fe 1.5/30</i>	138
INFUMORPH 200.....	33	<i>isoflurane</i>	184	<i>junel fe 1/20</i>	138
INFUMORPH 500.....	33	ISOLYTE-P IN D5W.....	229	<i>junel fe 24</i>	138
INFUVITE ADULT.....	242	ISOLYTE-S.....	230	<i>just right 5000</i>	238
INFUVITE PEDIATRIC.....	244	ISOLYTE-S PH 7.4.....	230	JUXTAPID.....	76
INGREZZA.....	268	<i>isoniazid</i>	88	JYLAMVO.....	90
INJECTAFER.....	195	<i>isoproterenol hcl</i>	43	JYNARQUE.....	175
INLYTA.....	110, 111	ISORDIL TITRADOSE.....	39	JYNNEOS.....	284
INNOPRAN XL.....	127	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	132	KABIVEN.....	254
INPEFA.....	132	<i>isosorbide dinitrate</i>	39	KADCYLA.....	103
INQOVI.....	103	<i>isosorbide mononitrate</i>	39	<i>kaitlib fe</i>	138
INREBIC.....	106	<i>isosorbide mononitrate er</i>	39	KALBITOR.....	191
INSPRA.....	83	<i>isotretinoin</i>	148	KALETRA.....	120
INSTAT.....	197	<i>isradipine</i>	129	<i>kalliga</i>	138
INSULIN ASP PROT & ASP		ISTALOL.....	254	KALYDECO.....	275
FLEXPEN.....	62	ISTODAX.....	98	KAMELEON LUBRICATED.....	205
INSULIN ASPART.....	62	ISTURISA.....	169	KANJINTI.....	93
INSULIN ASPART FLEXPEN.....	62	ITOVEBI.....	109	KANUMA.....	173
INSULIN ASPART PENFILL.....	62	<i>itraconazole</i>	72	KAPSPARGO SPRINKLE.....	126
INSULIN ASPART PROT &		<i>ivabradine hcl</i>	134	KARBINAL ER.....	73
ASPART.....	62	<i>ivermectin</i>	38, 159	KARDIAMEMBRANE.....	159
<i>insulin degludec</i>	62	<i>ivra</i>	108	<i>kariva</i>	137
<i>insulin degludec flextouch</i>	62	IWILFIN.....	109	KATERZIA.....	129
<i>insulin glargine max solostar</i>	63	IXCHIQ.....	284	KCENTRA.....	188
<i>insulin glargine solostar</i>	63	IXEMPRA KIT.....	107	KCL (0.149%) IN NACL.....	230
INSULIN GLARGINE-YFGN.....	63	IXIARO.....	284	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	230
INSULIN LISPRO.....	63	IXINITY.....	188	KCL (0.298%) IN NACL.....	230
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	63	IYUZEH.....	261	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	229
INSULIN LISPRO JUNIOR		IZERVAY.....	257	KCL IN DEXTROSE-NACL.....	229
KWIKPEN.....	63	JADENU.....	68	KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	229
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	63	JADENU SPRINKLE.....	68	KEDBUMIN.....	191
INSULIN SYRINGE.....	223	<i>jaimiess</i>	141	KEDRAB.....	264
<i>insulin syringe-needle u-100</i>	223	JAKAFI.....	106	KEFUNOVA.....	150
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	223	JALYN.....	185	<i>kelnor 1/35</i>	138
INSUPEN PEN NEEDLES.....	223	<i>jantoven</i>	46	<i>kelnor 1/50</i>	138
INTELENCE.....	121	JANUMET.....	60	KENALOG-10.....	144
INTERCEED.....	197	JANUMET XR.....	60, 61	KENALOG-40.....	144
INTERCEED (TC7).....	197	JANUVIA.....	60	KENALOG-80.....	144

KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS.....	161	KOATE-DVI.....	188	<i>lamotrigine</i>	50
KENGREAL.....	190	<i>kobee</i>	240	<i>lamotrigine er</i>	50
KEPIVANCE.....	104	KOGENATE FS.....	188	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	51
KEPPRA.....	49	KONVOMEP.....	279	<i>lamotrigine starter kit-green</i>	51
KEPPRA XR.....	50	KORLYM.....	65	<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	51
KERENDIA.....	174	KORSUVA.....	237	LAMPIT.....	84
KESIMPTA.....	270	KOSELUGO.....	99	LAMZEDE.....	168
KETALAR.....	184	KOSHER PRENATAL PLUS IRON.....	244	<i>lancet device</i>	213
<i>ketamine hcl</i>	184	Kourzeq.....	238	<i>lancet device with ejector</i>	213
<i>ketconazole</i>	72, 156	KOVALTRY.....	188	LANCETS.....	213
<i>ketodan</i>	156	<i>kp aspirin</i>	31	LANCETS 28G THIN.....	213
<i>ketoprofen</i>	28	<i>kp b complex-c</i>	239	LANCETS 30G.....	213
<i>ketoprofen er</i>	28	<i>kp bisacodyl</i>	202	LANCETS 33G.....	213
<i>ketorolac tromethamine</i>	28, 258	<i>kp folic acid</i>	194	LANCETS MICRO THIN 33G.....	213
KETOROLAC TROMETHAMINE.....	28	KP PRENATAL MULTIVITAMINS.....	244	LANCETS SUPER THIN.....	213
KEVEYIS.....	166	K-PHOS.....	230	LANCETS SUPER THIN 28G.....	213
KEVZARA.....	26	K-PHOS NO 2.....	185	LANCETS THIN.....	213
KEYTRUDA.....	94	K-PHOS-NEUTRAL.....	231	LANCETS ULTRA THIN.....	213
KHAPZORY.....	105	KPN PRENATAL.....	244	LANCETS ULTRA THIN 30G.....	213
KIMMTRAK.....	95	KRAZATI.....	98	<i>lancing device</i>	213
<i>kimono</i>	205	KRINTAFEL.....	87	LANOXIN.....	131
KIMONO COLORS.....	205	KRISTALOSE.....	200	LANOXIN PEDIATRIC.....	131
KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	205	KROGER AUTOLET LANCING DEVICE.....	212	LANREOTIDE ACETATE.....	175
<i>kimono micro thin</i>	205	KROGER BLOOD GLUCOSE TEST.....	164	<i>lansoprazole</i>	280
<i>kimono micro thin plus</i>	205	KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST.....	164	<i>lanthanum carbonate</i>	182
<i>kimono plus</i>	205	KROGER HEALTHPRO LANCET 26G.....	212	LANTUS.....	63
<i>kimono ps</i>	205	KROGER INSULIN SYRINGE.....	223	LANTUS SOLOSTAR.....	63
<i>kimono ps plus</i>	205	KROGER LANCETS.....	212	LANZO.....	213
<i>kimono sensation</i>	205	KROGER LANCETS 21G.....	212	<i>lapatinib ditosylate</i>	100
<i>kimono sensation plus</i>	205	KROGER LANCETS MICRO THIN 33G.....	212	<i>larin 1.5/30</i>	138
KIMONO SPECIAL.....	205	KROGER LANCETS SUPER THIN.....	212	<i>larin 1/20</i>	138
KIMYRSA.....	85	KROGER LANCETS THIN.....	212	<i>larin 24 fe</i>	138
KINERET.....	26	KROGER LANCETS THIN 26G.....	212	<i>larin fe 1.5/30</i>	138
KINNEY LANCETS.....	212	KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G.....	212	<i>larin fe 1/20</i>	138
KINNEY THIN LANCETS.....	212	<i>kruger lancing device</i>	212	LASIX.....	167
KINRAY INSULIN SYRINGE.....	223	KROGER PEN NEEDLES.....	223	<i>latanoprost</i>	261
KINRIX.....	278	KROGER PREMIUM GLUCOSE TEST.....	164	LATISSE.....	158
KIPROFEN.....	28	KRYSTEXXA.....	186	LATUDA.....	114
KISQALI (200 MG DOSE).....	105	<i>kurvelo</i>	138	LAVARE WOUND WASH.....	161
KISQALI (400 MG DOSE).....	105	KUVAN.....	174	<i>laxative</i>	202
KISQALI (600 MG DOSE).....	105	KYLEENA.....	142	<i>layolis fe</i>	138
KITABIS PAK (W/ NEBULIZER).....	21	KYPROLIS.....	101	LAZCLUZE.....	97
KLARON.....	147	KYZATREX.....	37	<i>leader advanced lancing device</i>	213
Klayesta.....	149	<i>labetalol hcl</i>	126	LEADER INSULIN SYRINGE.....	223
KLISYRI (250 MG).....	158	<i>lacosamide</i>	50	LEADER UNIFINE PENTIPS.....	223
KLISYRI (350 MG).....	158	<i>lactated ringers</i>	230, 235	LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	223
KLONOPIN.....	48	<i>lactovive</i>	67	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	124
<i>klor-con</i>	231	LACTULOSE.....	200	<i>leena</i>	142
<i>klor-con 10</i>	231	<i>lactulose</i>	200	<i>leflunomide</i>	29
<i>klor-con m10</i>	231	<i>lactulose encephalopathy</i>	182	LEMTRADA.....	270
<i>klor-con m15</i>	231	LAGEVRIO.....	125	<i>lenalidomide</i>	234
<i>klor-con m20</i>	231	LAMICTAL.....	50	LENTOCILIN.....	265
KLOXXADO.....	69	LAMICTAL ODT.....	50	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	111
<i>klx aspirin low dose</i>	31	LAMICTAL STARTER.....	50	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	111
<i>klx laxaclear</i>	200	LAMICTAL XR.....	50	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	111
<i>klx quit2</i>	273	<i>lamivudine</i>	122, 123	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	111
<i>klx quit4</i>	273	<i>lamivudine-zidovudine</i>	120	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	111
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G.....	223			LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	111
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G.....	223			LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	111
KOATE.....	188			LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	111
				LEQVIO.....	77
				LESCOL XL.....	75
				<i>lessina</i>	138

LETAIRIS	133	LINZESS	180	LOTENSIN	78, 79
<i>letrozole</i>	104	<i>liothyronine sodium</i>	277	LOTENSIN HCT	77
<i>leucovorin calcium</i>	105	LIPITOR	75	<i>loteprednol etabonate</i>	260
LEUKERAN	108	<i>lipo flavonoid plus</i>	248	LOTREL	77
LEUKINE	195	LIPOFEN	75	LOTRONEX	180
<i>leuprolide acetate</i>	107	LIPOTRIAD	248	<i>lovastatin</i>	76
<i>leuprolide acetate (3 month)</i>	107	<i>liraglutide</i>	64	LOVAZA	74
<i>levabuterol hcl</i>	43	<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	16	LOVENOX	47
<i>levabuterol tartrate</i>	43	<i>lisinopril</i>	78	<i>low-ogestrel</i>	139
<i>levamlodipine maleate</i>	129	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	77	<i>loxapine succinate</i>	117
<i>levetiracetam</i>	51	LITE TOUCH LANCETS	213	<i>lo-zumandimine</i>	139
<i>levetiracetam er</i>	51	LITE TOUCH LANCING PEN	213	<i>lubiprostone</i>	179
LEVETIRACETAM IN NAACL	51	LITETOUCH INSULIN SYRINGE	223	LUCEMYRA	266
<i>levobunolol hcl</i>	254	LITETOUCH LANCETS	213	LUCENTIS	262
<i>levocarnitine</i>	169	LITETOUCH PEN NEEDLES	223	LUGOLS STRONG IODINE	119
<i>levocarnitine sf</i>	169	LITFULO	148	<i>luliconazole</i>	156
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	73	<i>lithium</i>	113	LUMAKRAS	98
<i>levofloxacin</i>	178, 256	<i>lithium carbonate</i>	113	LUMIGAN	261
<i>levofloxacin in d5w</i>	178	<i>lithium carbonate er</i>	113	LUMIZYME	170
<i>levoleucovorin calcium</i>	105	LITHOBID	113	LUMRYZ	266
<i>levoleucovorin calcium pf</i>	105	LITHOSTAT	185	LUMRYZ STARTER PACK	267
<i>levonest</i>	142	LIVALO	75, 76	LUNESTA	198
<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	141	LIVDELZI	182	LUNSUMIO	95
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	141	LIVE BETTER LANCET SUPER		LUPKYNIS	233
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	138	THIN	213	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	107
<i>levonorgestrel</i>	141	LIVMARLI	180	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	107
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	138, 140	LIVTENCITY	123	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	107
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	142	<i>lmd in d5w</i>	190	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	107
LEVOPHED	287	<i>lmd in nacl</i>	190	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	172
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	138	LO LOESTRIN FE	137	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	172
<i>levorphanol tartrate</i>	33	LOCOID	155	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	173
<i>levo-t</i>	277	LODINE	28	<i>lurasidone hcl</i>	114
LEVOTHYROXINE SODIUM	277	LODOCO	132	LUTATHERA	103
<i>levothyroxine sodium</i>	277	LODOSYN	112	<i>lutera</i>	139
<i>levoxyl</i>	277	<i>loestrin 1.5/30 (21)</i>	138	LUZU	157
LEVULAN KERASTICK	158	<i>loestrin 1/20 (21)</i>	138	LYBALVI	274
LEXAPRO	56	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	138	<i>lyleq</i>	142
LEXETTE	155	<i>loestrin fe 1/20</i>	139	<i>lyllana</i>	178
<i>l-glutamine</i>	193	<i>lofena</i>	28	LYNPARZA	109
LIALDA	181	<i>lofexidine hcl</i>	266	LYRICA	51
LIBERTY MEDICAL LANCETS	213	<i>lojaimiess</i>	141	LYRICA CR	271
LIBRAX	278	LOKELMA	236	LYSODREN	89
LIBTAYO	94	LOMAIRA	17	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	97
LICART	150	LOMOTIL	67	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	97
<i>lidocaine</i>	157	LONGS INSULIN SYRINGE	223	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	97
<i>lidocaine hcl</i>	157, 203, 237	LONGS LANCETS STANDARD	213	LYUMJEV	63
<i>lidocaine hcl (cardiac)</i>	41	LONGS LANCETS THIN	213	LYUMJEV KWIKPEN	63
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF	41	LONGS LANCETS ULTRA THIN	213	LYUMJEV TEMPO PEN	63
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf</i>	41	LONSURF	103	LYVISPAH	248
<i>lidocaine hcl (pf)</i>	203	<i>loperamide hcl</i>	67	<i>lyza</i>	142
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	157	LOPID	75	MACROBID	87
<i>lidocaine in d5w</i>	41	<i>lopinavir-ritonavir</i>	120	MACRODANTIN	87
<i>lidocaine viscous hcl</i>	237	LOPRESSOR	126	<i>mafenide acetate</i>	153
<i>lidocaine-epinephrine</i>	202	LOQTORZI	94	MAGELLAN INSULIN SAFETY	
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i>	202	<i>lorazepam</i>	40	SYR	223
<i>lidocaine-prilocaine</i>	160	<i>lorazepam intensol</i>	40	<i>magnesium citrate</i>	201
LIDODERM	157	LORBRENA	91	MAGNESIUM SULFATE	230
LIKMEZ	83	LOREEV XR	40	MAGNESIUM SULFATE IN D5W	230
LILETTA (52 MG)	142	<i>loryna</i>	139	MALARONE	87
LINCOCIN	86	<i>losartan potassium</i>	81	<i>malathion</i>	159
<i>lincomycin hcl</i>	86	<i>losartan potassium-hctz</i>	80	<i>manganese chloride</i>	230
<i>linezolid</i>	86	LOTEMAX	259, 260	<i>mannitol</i>	167
<i>linezolid in sodium chloride</i>	86	LOTEMAX SM	260	MARATHON MEDICAL PENTIPS	223

<i>maraviroc</i>	120	MEIJER ESSENTIAL GLUCOSE		<i>methoxsalen rapid</i>	151
MARCAINE.....	203	TEST.....	164	<i>methscopolamine bromide</i>	280
MARCAINE PRESERVATIVE FREE.....	203	MEIJER LANCETS.....	213	<i>methsuximide</i>	54
MARCAINE/EPINEPHRINE.....	202	MEIJER LANCETS THIN.....	213	<i>methyl dopa</i>	82
MARCAINE/EPINEPHRINE PF.....	202	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>methylene blue</i>	68
MAR-COF CG EXPECTORANT.....	145	21G.....	213	<i>methylene blue (antidote)</i>	68
MARGENZA.....	93	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>methylergonovine maleate</i>	263
MARINOL.....	70	30G.....	213	METHYLIN.....	19
<i>marlissa</i>	139	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>methylphenidate</i>	20
MARPLAN.....	56	33G.....	213	<i>methylphenidate hcl</i>	19, 20
MASONATAL.....	244	MEIJER PEN NEEDLES.....	224	<i>methylphenidate hcl er</i>	19
MATERNACEL.....	244	MEIJER SUPER THIN LANCETS.....	213	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	19
MATULANE.....	104	MEIJER TRUETEST TEST.....	164	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	19
<i>matzim la</i>	129	MEIJER TRUETRACK TEST.....	164	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	19
MAVENCLAD (10 TABS).....	269	MEKINIST.....	99	METHYLPHENIDATE HCL ER	
MAVENCLAD (4 TABS).....	269	MEKTOVI.....	99	(OSM).....	19
MAVENCLAD (5 TABS).....	269	<i>meloxicam</i>	28	<i>methylphenidate hcl er (xr)</i>	19
MAVENCLAD (6 TABS).....	269	<i>melphalan hcl</i>	108	<i>methylprednisolone</i>	144
MAVENCLAD (7 TABS).....	269	<i>memantine hcl</i>	271	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	144
MAVENCLAD (8 TABS).....	269	<i>memantine hcl er</i>	271	<i>methyltestosterone</i>	37
MAVENCLAD (9 TABS).....	269	<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>	267	<i>metoclopramide hcl</i>	179
MAVYRET.....	124	MENEST.....	178	<i>metolazone</i>	167
MAXALT.....	228	MENOPUR.....	174	<i>metoprolol succinate er</i>	126
MAXALT-MLT.....	228	MENOSTAR.....	178	<i>metoprolol tartrate</i>	126
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	223	MENQUADFI.....	282	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	83
MAXI-COMFORT INSULIN		MENVEO.....	282	METROCREAM.....	159
SYRINGE.....	223	<i>mepерidine hcl</i>	33	METROGEL.....	159
MAXI-COMFORT SAFETY PEN		<i>meprobamate</i>	39	METROLOTION.....	159
NEEDLE.....	223	MEPRON.....	84	METRONIDAZOLE.....	83
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2".....	223	MEPSEVII.....	173	<i>metronidazole</i>	83, 84, 159, 286
MAXIDEX.....	260	<i>mercaptopurine</i>	90	<i>metyrosine</i>	79
MAXITROL.....	259	<i>meropenem</i>	84, 85	<i>mexiletine hcl</i>	41
<i>maxi-tuss ac</i>	145	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	85	MI PASTE.....	206
MAXI-TUSS CD.....	146	<i>merzee</i>	139	MI PASTE PLUS.....	206
<i>maxx</i>	205	<i>mesalamine</i>	181	MIACALCIN.....	169
<i>maxx plus</i>	205	<i>mesalamine er</i>	181	Mibelas 24 Fe.....	139
MAYZENT.....	274	<i>mesalamine-cleanser</i>	181	MICAFUNGIN SODIUM.....	71
MAYZENT STARTER PACK.....	274	<i>mesna</i>	110	<i>micafungin sodium-nacl</i>	71
<i>meclizine hcl</i>	70	MESNEX.....	110	MICARDIS.....	81
<i>meclofenamate sodium</i>	28	MESTINON.....	88	MICARDIS HCT.....	80
MEDIC INSULIN SYRINGE.....	223	METADATE CD.....	19	<i>miconazole 3</i>	285
MEDICHOICE SAFETY LANCET.....	213	<i>metaxalone</i>	249	<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i>	149
MEDICHOICE SAFETY LANCET		<i>metformin hcl</i>	60	MICRODOT PEN NEEDLE.....	224
EXTRA.....	213	METFORMIN HCL.....	60	MICRODOT TEST.....	164
MEDICHOICE SAFETY LANCET		<i>metformin hcl er</i>	59	<i>microgestin 1.5/30</i>	139
NORM.....	213	<i>metformin hcl er (mod)</i>	59	<i>microgestin 1/20</i>	139
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES.....	223	<i>metformin hcl er (osm)</i>	59	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	139
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G.....	213	METHADONE HCL.....	33	<i>microgestin fe 1/20</i>	139
MEDLANCE PLUS LITE 25G.....	213	<i>methadone hcl</i>	33, 34	MICROLET LANCETS.....	213
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM		<i>methadone hcl intensol</i>	33	MICROLET NEXT LANCING	
.....	213	METHADOSE.....	34	DEVICE.....	214
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G		<i>methadose</i>	34	<i>midazolam hcl</i>	198
.....	213	METHADOSE SUGAR-FREE.....	34	<i>midazolam hcl (pf)</i>	198
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL		<i>methamphetamine hcl</i>	16	MIDAZOLAM HCL-SODIUM	
21G.....	213	<i>methazolamide</i>	166	CHLORIDE.....	198
MEDROL.....	144	<i>methenamine hippurate</i>	87	<i>midazolam-sodium chloride (pf)</i>	198
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	142, 266	<i>methergine</i>	263	<i>midodrine hcl</i>	287
<i>mefenamic acid</i>	28	<i>methimazole</i>	277	MIEBO.....	261
<i>mefloquine hcl</i>	87	METHITEST.....	37	MIFEPREX.....	167
<i>mega multiple/chelated mineral</i>	248	<i>methocarbamol</i>	249	<i>mifepristone</i>	65, 167
<i>megestrol acetate</i>	109, 266	<i>methohexital sodium</i>	184	<i>migergot</i>	227
MEIJER BLOOD GLUCOSE TEST... 164		<i>methotrexate sodium</i>	90, 91	<i>miglitol</i>	59
		<i>methotrexate sodium (pf)</i>	90	<i>miglustat</i>	192

<i>mili</i>	139	<i>montelukast sodium</i>	44	MYDRIACYL.....	255
<i>milk of magnesia</i>	201	MORPHINE SULFATE.....	34	MYFEMBREE.....	177
<i>milrinone lactate</i>	131	<i>morphine sulfate</i>	34	MYFORTIC.....	235
<i>milrinone lactate in dextrose</i>	131	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	34	MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G	
<i>mimvey</i>	177	<i>morphine sulfate (pf)</i>	34	.....	214
<i>mincora</i>	242	MORPHINE SULFATE (PF).....	34	MYGLUCOHEALTH TEST.....	164
<i>mineral oil heavy</i>	201	<i>morphine sulfate er</i>	34	MYHIBBIN.....	235
<i>mini lancing device</i>	214	<i>morphine sulfate er beads</i>	34	MYLERAN.....	89
MINILINK REAL-TIME		MOTTEGRITY.....	179	MYLOTARG.....	93
TRANSMITTER.....	214	MOTOFEN.....	67	MYOBLOC.....	252
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS		MOTPOLY XR.....	51	MYRBETRIQ.....	282
.....	214	MOUNJARO.....	64	MYSOLINE.....	51
MINIVELLE.....	178	MOVANTIK.....	182	MYTESI.....	67
MINOCIN.....	276	MOVIPREP.....	199	MYXREDLIN.....	63
<i>minocycline hcl</i>	277	MOXIFLOXACIN HCL.....	178	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	195
<i>minocycline hcl er</i>	276	<i>moxifloxacin hcl</i>	178, 256	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	199
<i>minoxidil</i>	83	<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	256	NABI-HB.....	264
Minzoya.....	139	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	178	<i>nabumetone</i>	28
MIOCHOL-E.....	255	MOZOBIL.....	193	<i>nadolol</i>	127
MIOSTAT.....	255	MRESVIA.....	285	<i>nafcillin sodium</i>	266
MIPLYFFA.....	272	MS CONTIN.....	34	NAFCILLIN SODIUM IN	
<i>mirabegron er</i>	282	MS INSULIN SYRINGE.....	224	DEXTROSE.....	266
MIRCERA.....	193	MULPLETA.....	196	<i>naftifine hcl</i>	149
MIRENA (52 MG).....	142	MULTAQ.....	41	NAFTIN.....	149
<i>mirtazapine</i>	55	MULTI PRENATAL.....	244	NAGLAZYME.....	173
MIRVASO.....	159	<i>multi vitamin</i>	242	<i>nalbuphine hcl</i>	36
<i>misoprostol</i>	281	MULTI VITAMIN W/D-3.....	242	NALFON.....	28
MITIGARE.....	186	<i>multi-lancet device</i>	214	<i>nalmefene hcl</i>	69
<i>mitigo</i>	34	MULTI-LANCET DEVICE 2.....	214	NALOCET.....	35
<i>mitomycin</i>	102, 256	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	230	<i>naloxone hcl</i>	69
MITOSOL.....	256	<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	230	<i>naltrexone hcl</i>	69
<i>mitoxantrone hcl</i>	102	<i>multiple vitamin-folic acid</i>	242	NAMENDA TITRATION PAK.....	271
<i>mm aspirin</i>	31	<i>multiple vitamins</i>	242	NAMZARIC.....	267
MM BLULINK GLUCOSE TEST.....	164	<i>multiple vitamins essential</i>	242	NAPRELAN.....	28
<i>mm clearlax</i>	200	<i>multiple vitamins/iron</i>	241	NAPROSYN.....	28
MM EASY TOUCH GLUCOSE.....	164	MULTITRACE-4 PEDIATRIC.....	232	<i>naproxen</i>	29
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE.....	224	MULTIVITAMIN.....	242	<i>naproxen dr</i>	29
MM LANCING DEVICE.....	214	<i>multi-vitamin</i>	242	<i>naproxen sodium</i>	29
MM PEN NEEDLES.....	224	<i>multivitamin adult</i>	242	<i>naproxen sodium er</i>	29
MM TWIST LANCETS.....	214	<i>multivitamin iron-free</i>	242	<i>naproxen-esomeprazole mg</i>	27
M-M-R II.....	283	<i>multivitamin plus iron adult</i>	241	<i>naratriptan hcl</i>	228
M-NATAL PLUS.....	244	<i>multivitamin w/fluoride</i>	243	NARCAN.....	69
<i>modafinil</i>	20	<i>multivitamin/fluoride</i>	243	NARDIL.....	56
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y		<i>multi-vitamin/fluoride</i>	243	NAROPIN.....	203
.....	284	<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	243	NASCOBAL.....	193
<i>moexipril hcl</i>	79	<i>multi-vitamin/iron</i>	241	NATACYN.....	256
<i>molindone hcl</i>	117	MULTI-VIT-FLOR.....	243	<i>natal pnv</i>	244
<i>mometasone furoate</i>	155, 251	MULTRYs.....	232	NATAZIA.....	141
<i>mondoxylene nl</i>	277	<i>mupirocin</i>	149	<i>nateglinide</i>	65
MONJUVI.....	92	<i>mupirocin calcium</i>	149	NATESTO.....	37
MONOFERRIC.....	195	<i>mutamycin</i>	102	NATROBA.....	159
MONOJECT BONE MARROW		MVASI.....	111	<i>nat-rul b-50</i>	248
BIOPSY.....	203	<i>my choice</i>	141	<i>nat-rul daily-vite+iron</i>	241
<i>monoject flush syringe</i>	231	<i>my way</i>	141	NAYZILAM.....	48
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	224	MYALEPT.....	172	<i>neбиволol hcl</i>	126
<i>monoject sodium chloride flush</i>	231	MYCAMINE.....	71	NEBUPENT.....	84
MONOJECT ULTRA COMFORT		MYCAPSSA.....	175	Nebusal.....	146
SYRINGE.....	224	<i>mycophenolate mofetil</i>	234	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	139
MONOLET LANCETS.....	214	<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	234	NEEVO DHA.....	244
MONOLET OPD LANCETS.....	214	<i>mycophenolate sodium</i>	234	<i>nefazodone hcl</i>	57
MONOLETTOR SAFETY LANCETS.....	214	<i>mycophenolic acid</i>	234	NEFFY.....	287
<i>mono-lynyah</i>	139	MYDAYIS.....	15	<i>nelarabine</i>	91
MONOVISC.....	250	MYDCOMBI.....	255	NEMLUVIO.....	157

NEOMULTIVITE.....	242	<i>nicotine polacrilex mini</i>	273	NORPACE CR.....	40
<i>neomycin sulfate</i>	21	<i>nicotine step 1</i>	273	NORPRAMIN.....	59
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	256	<i>nicotine step 2</i>	273	NORTHERA.....	287
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	184	<i>nicotine step 3</i>	273	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	139
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	259	NICOTROL.....	273	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	139
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	256	NICOTROL NS.....	273	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	139
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	259, 262	<i>nifedipine</i>	129, 130	<i>nortrel 7/7/7</i>	143
NEONATAL COMPLETE.....	244	<i>nifedipine er</i>	129	<i>nortriptyline hcl</i>	59
NEONATAL PLUS.....	245	<i>nifedipine er osmotic release</i>	129	NORVASC.....	130
<i>neonatal prenatal</i>	245	NIFEREX.....	195	NORVIR.....	121
NEONATAL VITAMIN.....	245	<i>nikki</i>	139	NOURIANZ.....	111
<i>neo-polycin</i>	256	NIKTIMVO.....	233	NOVA MAX GLUCOSE TEST.....	164
<i>neo-polycin hc</i>	259	NILANDRON.....	89	NOVA SAFETY LANCETS 23G.....	214
NEOPROFEN.....	29	<i>nilutamide</i>	90	NOVA SAFETY LANCETS 28G.....	214
NEORAL.....	233	<i>nimodipine</i>	130	NOVA SUREFLEX LANCETS.....	214
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE.....	88	NINJACOF-XG.....	145	NOVA SUREFLEX LANCING	
<i>neostigmine methylsulfate rfid</i>	88	NINLARO.....	101	DEVICE.....	214
NEO-SYNALAR.....	149	NIPENT.....	104	NOVAREL.....	174
NEOX 100.....	160	NIPRIDE RTU.....	83	<i>novavax covid-19 vaccine</i>	285
NEOX CORD 1K.....	160	<i>nisoldipine er</i>	130	<i>novite</i>	242
<i>nephro vitamins</i>	239	<i>nitazoxanide</i>	84	NOVOEIGHT.....	188
NEPHRO-VITE.....	239	NITHIODOTE.....	67	NOVOFINE PEN NEEDLE.....	224
NERLYNX.....	100	<i>nitisinone</i>	171	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE.....	224
NESACAINE.....	203	NITRO-BID.....	39	NOVOLIN 70/30.....	63
NESACAINE-MPF.....	203	NITRO-DUR.....	39	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	63
NESTABS.....	245	<i>nitrofurantoin</i>	87	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION.....	63
NESTABS DHA.....	245	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	87	NOVOLIN 70/30 RELION.....	63
NESTABS ONE.....	247	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	87	NOVOLIN N.....	63
<i>neuac</i>	147	<i>nitroglycerin</i>	38, 39	NOVOLIN N FLEXPEN.....	63
NEULASTA.....	194	NITROGLYCERIN.....	39	NOVOLIN N FLEXPEN RELION.....	63
NEULASTA ONPRO.....	194	<i>nitroglycerin in d5w</i>	39	NOVOLIN N RELION.....	63
NEUPOGEN.....	194	NITROLINGUAL.....	39	NOVOLIN R.....	63
NEUPRO.....	113	<i>nitroprusside sodium</i>	83	NOVOLIN R FLEXPEN.....	63
NEURONTIN.....	51	<i>nitroprusside sodium-nacl</i>	83	NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	63
NEUTEK 2TEK TEST.....	164	NITROSTAT.....	39	NOVOLIN R RELION.....	64
NEVANAC.....	258	NITYR.....	171	NOVOLOG.....	64
<i>nevirapine</i>	121, 122	<i>niva thyroid</i>	277	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN	
<i>nevirapine er</i>	121	NIVA-PLUS.....	245	RELION.....	64
<i>new day</i>	141	NIVESTYM.....	194	NOVOLOG FLEXPEN.....	64
NEXAVAR.....	100	<i>nizatidine</i>	279	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	64
NEXICLON XR.....	82	NOCDURNA.....	176	NOVOLOG MIX 70/30.....	64
NEXIUM.....	280	<i>nora-be</i>	142	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	64
NEXLETOL.....	74	NORDITROPIN FLEXPRO.....	170	NOVOLOG MIX 70/30 RELION.....	64
NEXLIZET.....	74	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	140	NOVOLOG PENFILL.....	64
NEXOBRID.....	156	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	139	NOVOLOG RELION.....	64
NEXPLANON.....	141	<i>norethindrone</i>	142	NOVOSEVEN RT.....	188
NEXTERONE.....	41	<i>norethindrone acetate</i>	266	NOXAFIL.....	72
NEXTSTELLIS.....	139	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	139	<i>np thyroid</i>	277
NEXVIAZYME.....	170	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	177	NPLATE.....	196
NGENLA.....	170	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	139	NUBEQA.....	90
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	76	<i>norgesic</i>	249	NUCALA.....	44
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	76	NORGESIC FORTE.....	249	NUCYNTA.....	34
<i>niacor</i>	76	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	139	NUCYNTA ER.....	34
<i>nicardipine hcl</i>	129	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	143	NUEDEXTA.....	271
NICARDIPINE HCL IN NACL.....	129	NORITATE.....	159	NULIBRY.....	173
NICODERM CQ.....	273	NORLIQVA.....	130	NULOJIX.....	236
NICORETTE.....	273	<i>norlyroc</i>	142	NUMBRINO.....	250
NICORETTE MINI.....	273	<i>normal saline flush</i>	231	NUPLAZID.....	114
NICORETTE STARTER KIT.....	273	NORMOSOL-M IN D5W.....	230	NURTEC.....	227
NICOTINE.....	273	NORMOSOL-R.....	230	NUTRILIPID.....	253
<i>nicotine</i>	273	NORMOSOL-R IN D5W.....	230	NUTROPIN AQ NUSPIN 10.....	171
<i>nicotine mini</i>	273	NORMOSOL-R PH 7.4.....	230	NUTROPIN AQ NUSPIN 20.....	171
<i>nicotine polacrilex</i>	273	NORPACE.....	40	NUTROPIN AQ NUSPIN 5.....	171

NUVARING.....	140	OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	206	OPFOLDA.....	170
NUVESSA.....	286	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN		OPILL.....	142
NUVIGIL.....	20	5.....	219	OPIPZA.....	118
NUWIQ.....	188	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN		OPSUMIT.....	133
NUZYRA.....	276	5.....	219	OPSYNVI.....	132
<i>nyamyc</i>	149	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6.....	219	<i>option 2</i>	141
<i>nylia 1/35</i>	139	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6		OPTIONS GYNOL II	
<i>nylia 7/7/7</i>	143	PODS.....	219	CONTRACEPTIVE.....	285
NYMALIZE.....	130	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)...	219	OPTIUMEZ TEST.....	164
NYPOZI.....	194	OMNIPOD DASH PDM (GEN 4).....	219	OPVEE.....	69
<i>nystatin</i>	72, 149, 237	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)....	219	OPZELURA.....	152
<i>nystatin-triamcinolone</i>	149	OMNITROPE.....	171	ORABLOC.....	202
<i>nystop</i>	149	OMVOH.....	181	ORACEA.....	159
NYVEPRIA.....	194	ON CALL EXPRESS BLOOD		ORALAIR.....	21
OB COMPLETE.....	245	GLUCOSE.....	164	<i>oralone</i>	238
OB COMPLETE ONE.....	245	ONAPGO.....	113	ORAPRED ODT.....	144
OB COMPLETE PETITE.....	245	ONCASPAR.....	103	ORAVIG.....	237
OB COMPLETE PREMIER.....	245	<i>once daily</i>	242	ORBACTIV.....	85
OB COMPLETE/DHA.....	245	<i>ondansetron</i>	69	ORENCIA.....	29
<i>obizur</i>	188	<i>ondansetron hcl</i>	69	ORENCIA CLICKJECT.....	29
OICALIVA.....	179	<i>ondansetron hcl +rfd</i>	69	ORENITRAM.....	132
<i>ocella</i>	139	<i>one daily</i>	242	ORENITRAM MONTH 1.....	132
OCREVUS.....	270	<i>one daily essential</i>	242	ORENITRAM MONTH 2.....	132
OCREVUS ZUNOVO.....	269	<i>one daily essentials</i>	242	ORENITRAM MONTH 3.....	132
OCTAGAM.....	264	<i>one daily multivitamin adult</i>	242	ORFADIN.....	171
OCTAPLAS BLOOD GROUP A.....	191	<i>one daily multivitamin/iron</i>	241	ORGOVYX.....	105
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB.....	191	ONE DROP TEST.....	164	ORIAHNN.....	177
OCTAPLAS BLOOD GROUP B.....	191	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN.....	242	ORILISSA.....	170
OCTAPLAS BLOOD GROUP O.....	191	ONE VITE WOMENS.....	245	ORKAMBI.....	275
<i>octreotide acetate</i>	175	ONE VITE WOMENS PLUS.....	245	ORLADEYO.....	191
OCUFLOX.....	256	<i>one-daily multi vitamins</i>	242	<i>orlistat</i>	18
ODACTRA.....	21	<i>one-daily multi-vitamin</i>	242	Ormalvi.....	166
ODEFSEY.....	120	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	241	<i>orphenadrine citrate</i>	249
ODOMZO.....	98	<i>one-daily/iron</i>	241	<i>orphenadrine citrate er</i>	249
OFEV.....	275	ONELAX MAGNESIUM CITRATE..	201	ORPHENADRINE-ASPIRIN-	
<i>ofloxacin</i>	179, 256, 262	ONETOUCH DELICA PLUS		CAFFEINE.....	249
OGIVRI.....	93	LANCET30G.....	214	<i>orphengesic forte</i>	249
OGSIVEO.....	97	ONETOUCH DELICA PLUS		ORSERDU.....	109
OHTUVAYRE.....	45	LANCET33G.....	214	ORTHOVISC.....	250
OJEMDA.....	96	ONETOUCH DELICA PLUS		<i>oseltamivir phosphate</i>	125
OJJAARA.....	106	LANCING.....	214	<i>osmitrol</i>	167
<i>olanzapine</i>	118, 119	ONETOUCH DELICA SAFETY		OSMOLEX ER.....	112
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	274	LANCING.....	214	OSPHENA.....	175
OLINVYK.....	34	ONETOUCH ULTRA.....	164	OTEZLA.....	29
<i>olmesartan medoxomil</i>	81	ONETOUCH ULTRA BLUE TEST...	164	OTOVEL.....	262
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	80	ONETOUCH ULTRA TEST.....	164	OTREXUP.....	22
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	82	ONETOUCH ULTRASOFT 2		OTULFI.....	151, 181
<i>olopatadine hcl</i>	251, 256	LANCETS.....	214	OVIDE.....	159
OLPRUVA (2 GM DOSE).....	176	ONETOUCH VERIO.....	164	OVIDREL.....	174
OLPRUVA (3 GM DOSE).....	176	ONEXTON.....	147	<i>oxacillin sodium</i>	266
OLPRUVA (4 GM DOSE).....	176	ONFI.....	48	OXACILLIN SODIUM IN	
OLPRUVA (5 GM DOSE).....	176	ONGENTYS.....	113	DEXTROSE.....	266
OLPRUVA (6 GM DOSE).....	176	ONGLYZA.....	60	<i>oxaliplatin</i>	89
OLPRUVA (6.67 GM DOSE).....	176	ONIVYDE.....	110	<i>oxaprozin</i>	29
OLUMIANT.....	22	ONPATTRO.....	272	<i>oxazepam</i>	40
OMECLAMOX-PAK.....	281	ONTRUZANT.....	93	<i>oxcarbazepine</i>	51
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	74	ONUREG.....	91	<i>oxcarbazepine er</i>	51
OMEGAVERN.....	254	ONYDA XR.....	15	OXERVATE.....	258
<i>omeprazole</i>	280	ONZETRA XSAIL.....	228	<i>oxiconazole nitrate</i>	157
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	279	<i>opcicon one-step</i>	141	OXISTAT.....	157
OMIDRIA.....	260	OPDIVO.....	94	OXLUMO.....	185
OMNARIS.....	251	OPDIVO QVANTIG.....	103	OXTELLAR XR.....	51
OMNICAP.....	242	OPDUALAG.....	92	<i>oxybutynin chloride</i>	281

<i>oxybutynin chloride er</i>	281	PARAGARD INTRAUTERINE	PERIDEX.....	237
<i>oxycodone hcl</i>	34	COPPER.....	PERIKABIVEN.....	254
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	35	<i>paraplatin</i>	<i>perindopril erbumine</i>	79
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	35	<i>paricalcitol</i>	<i>perio gard</i>	237
OXYCONTIN.....	34	PARLODEL.....	PERJETA.....	93
<i>oxymorphone hcl</i>	34, 35	PARNATE.....	<i>permethrin</i>	159
<i>oxymorphone hcl er</i>	34	<i>paroxetine hcl</i>	<i>perphenazine</i>	117
<i>oxytocin</i>	263	<i>paroxetine hcl er</i>	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	271
OXYTROL.....	281	<i>paroxetine mesylate</i>	PERSERIS.....	115
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)....	64	PARSABIV.....	PERTZYE.....	166
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	64	PAVBLU.....	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y	.....
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	65	PAXIL.....	.....	285
OZOBAX DS.....	249	PAXIL CR.....	<i>pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y</i>	285
OZURDEX.....	260	PAXLOVID (150/100).....	<i>pfizerpen</i>	265
<i>pacerone</i>	41	PAXLOVID (300/100).....	PHARMACIST CHOICE	.....
<i>paclitaxel</i>	107	<i>pazopanib hcl</i>	AUTOCODE.....	164
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	.....	PC UNIFINE PENTIPS.....	PHARMACIST CHOICE LANCETS.....	214
PART.....	107	PEDIAPRED.....	PHARMACIST CHOICE NO	.....
PADCEV.....	94	PEDIARIX.....	CODING.....	164
PALFORZIA (1 MG DAILY DOSE)....	20	PEDMARK.....	PHARMACY COUNTER LANCETS.....	214
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE)....	20	PEDVAX HIB.....	PHEBURANE.....	176
PALFORZIA (120 MG DAILY	.....	<i>peg 3350</i>	<i>phendimetrazine tartrate</i>	17
DOSE).....	20	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	PHENDIMETRAZINE TARTRATE	.....
PALFORZIA (160 MG DAILY	.....	<i>peg-3350/electrolytes</i>	ER.....	17
DOSE).....	21	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat</i>	<i>phenelzine sulfate</i>	56
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE)....	21	PEGASYS.....	PHENERGAN.....	73
PALFORZIA (200 MG DAILY	.....	<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	<i>phenobarbital</i>	198
DOSE).....	21	PEG-PREP.....	<i>phenobarbital sodium</i>	198
PALFORZIA (240 MG DAILY	.....	PEMAZYRE.....	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	79
DOSE).....	21	<i>pemetrexed</i>	<i>phentermine hcl</i>	17
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE)....	21	<i>pemetrexed dipotassium</i>	<i>phentolamine mesylate</i>	79
PALFORZIA (300 MG	.....	<i>pemetrexed disodium</i>	<i>phenylephrine hcl</i>	255
MAINTENANCE).....	21	<i>pemetrexed ditromethamine</i>	PHENYLEPHRINE HCL	.....
PALFORZIA (300 MG TITRATION)....	21	PEMFEXY.....	(PRESSORS).....	287
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE)....	21	PEMGARDA.....	PHENYTEK.....	54
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE)....	21	PEMRYDI RTU.....	<i>phenytoin</i>	54
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE)....	21	<i>pen needle/5-bevel tip</i>	<i>phenytoin infatabs</i>	54
PALFORZIA INITIAL DOSE 1-3YRS.....	21	PEN NEEDLES.....	<i>phenytoin sodium</i>	54
PALFORZIA INITIAL DOSE 4-	.....	PEN NEEDLES 5/16".....	<i>phenytoin sodium extended</i>	54
17YRS.....	21	PENBRAYA.....	PHESGO.....	103
PALFORZIA INITIAL ESCALATION.....	21	<i>peniclovir</i>	PHEXXI.....	286
PALINGEN FLOW.....	160	<i>penicillamine</i>	<i>philith</i>	139
PALINGEN HYDROMEMBRANE.....	160	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE.....	<i>phillips milk of magnesia</i>	201
PALINGEN INOVOFLO.....	160	<i>penicillin g potassium</i>	<i>phospha 250 neutral</i>	231
PALINGEN MEMBRANE.....	160	<i>penicillin g sodium</i>	PHOSPHOLINE IODIDE.....	255
PALINGEN XPLUS	.....	<i>penicillin v potassium</i>	<i>phosphorous</i>	231
HYDROMEMBRANE.....	160	PENNSAID.....	<i>phospho-trin 250 neutral</i>	231
PALINGEN XPLUS MEMBRANE.....	160	PENTACEL.....	<i>phospho-trin k500</i>	231
<i>paliperidone er</i>	115	PENTAM.....	PHOTOFRIN.....	104
PALONOSETRON HCL.....	69	<i>pentamidine isethionate</i>	PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS	.....
<i>palonosetron hcl</i>	69, 70	PENTASA.....	KIT.....	258
PALYNZIQ.....	174	<i>pentazocine-naloxone hcl</i>	PHOXILLUM B22K4/0.....	233
PAMELOR.....	59	PENTIPS.....	PHOXILLUM BK4/2.5.....	233
<i>pamidronate disodium</i>	168	PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES.....	<i>physiolyte</i>	235
PAMIDRONATE DISODIUM.....	168	<i>pentobarbital sodium</i>	<i>physiosol irrigation</i>	235
PANCREAZE.....	166	<i>pentoxifylline er</i>	<i>phytonadione</i>	288
PANHEMATIN.....	190	PEPCID.....	PIASKY.....	189
PANRETIN.....	150	PERCOCET.....	PIFELTRO.....	122
<i>pantoprazole sodium</i>	280	PERFECT LANCETS 28G.....	<i>pilocarpine hcl</i>	238, 255
<i>pantoprazole sodium-nacl</i>	280	PERFECT LANCETS 30G.....	<i>pimecrolimus</i>	158
PANZYGA.....	264	PERFECT POINT SAFETY	<i>pimozide</i>	272
PARADIGM REAL-TIME	.....	LANCETS.....	<i>pimtrea</i>	137
TRANSMITTER.....	214	PERFOROMIST.....	<i>pindolol</i>	127

<i>pioglitazone hcl</i>	67	<i>potassium chloride in nacl</i>	230	PRENATAL MULTIVITAMIN +	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	67	<i>potassium citrate er</i>	184	DHA.....	247
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	67	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	230	PRENATAL ONE DAILY.....	245
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	164	POTASSIUM PHOSPHATES.....	231	PRENATAL PLUS.....	245
PIP LANCETS 28G.....	214	<i>potassium phosphates</i>	231	PRENATAL PLUS	
PIP LANCETS 30G.....	214	<i>potassium phosphates(66 meq k)</i>	231	VITAMIN/MINERAL.....	245
<i>pip pen needles 31g x 5mm</i>	224	POTASSIUM PHOSPHATES(71		PRENATAL VITAMIN AND	
<i>pip pen needles 32g x 4mm</i>	224	MEQ K).....	231	MINERAL.....	245
<i>pipracillin sod-tazobactam so</i>	265	<i>potassium phosphates-nacl</i>	231	<i>prenatal vitamins</i>	245
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	109	POTELIGEO.....	92	PRENATAL VITAMINS.....	245
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	109	PRADAXA.....	48	PRENATAL/IRON.....	245
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	109	PRALUENT.....	76	PRENATAL-U.....	245
<i>pirfenidone</i>	276	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	113	PRENATE.....	247
<i>piroxicam</i>	29	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	113	PRENATE AM.....	247
<i>pitavastatin calcium</i>	76	PRAMOSONE.....	159	PRENATE DHA.....	247
PITOCIN.....	263	PRAMOTIC.....	262	PRENATE ELITE.....	245
PLAQUENIL.....	87	<i>prasugrel hcl</i>	192	PRENATE ENHANCE.....	247
PLASMA-LYTE 148.....	230	<i>pravastatin sodium</i>	76	PRENATE ESSENTIAL.....	247
PLASMA-LYTE A.....	230	PRAXBIND.....	68	PRENATE MINI.....	247
PLAVIX.....	192	<i>praziquantel</i>	38	PRENATE PIXIE.....	247
PLEGRIDY.....	269	<i>prazosin hcl</i>	82	PRENATE RESTORE.....	247
PLEGRIDY STARTER PACK.....	269	PRECEDEX.....	199	PRENATRIX.....	246
<i>plenamine</i>	253	PRECISION SURE-DOSE SYRINGE	224	PRENATRYL.....	246
PLENVU.....	200	PRECISION XTRA BLOOD		PREPIDIL.....	263
<i>plerixafor</i>	193	GLUCOSE.....	164	PRESTALIA.....	77
PLUVICTO.....	103	PRED FORTE.....	260	PRETOMANID.....	88
PNEUMOVAX 23.....	283	PRED MILD.....	260	PREVACID.....	280
<i>pnv prenatal plus multivit+dha</i>	245	<i>prednisolone</i>	144	PREVACID SOLUTAB.....	280
PNV TABS 20-1.....	245	<i>prednisolone acetate</i>	260	<i>prevalite</i>	74
<i>pnv-dha</i>	247	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	144	PREVDUO.....	68
PNV-DHA+DOCUSATE.....	247	PREDNISOLONE SODIUM		PREVENT DROPSAFE PEN	
PNV-OMEGA.....	245	PHOSPHATE.....	260	NEEDLES.....	224
<i>pnv-select</i>	245	<i>prednisone</i>	144, 145	PREVENT SAFETY PEN NEEDLES	224
POCKETCHEM EZ TEST.....	164	PREDNISONONE INTENSOL.....	144	PREVIDENT.....	238
<i>podofilox</i>	157	PREFERRED PLUS INSULIN		PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	238
POGO AUTOMATIC TEST		SYRINGE.....	224	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH.....	238
CARTRIDGES.....	164	PREFERRED PLUS LANCETS		PREVIDENT 5000 ENAMEL	
POKONZA.....	231	COLORED.....	214	PROTECT.....	237
POLIVY.....	93	PREFERRED PLUS LANCETS THIN		PREVIDENT 5000 KIDS.....	238
<i>polocaine</i>	203	.....	214	PREVIDENT 5000 ORTHO	
<i>polocaine-mpf</i>	203	PREFERRED PLUS UNIFINE		DEFENSE.....	238
<i>polycin</i>	256	PENTIPS.....	224	PREVIDENT 5000 PLUS.....	238
<i>polyethylene glycol 3350</i>	200	<i>pregabalin</i>	51	PREVIDENT 5000 SENSITIVE.....	237
<i>polymyxin b sulfate</i>	86	<i>pregabalin er</i>	271	PREVNAR 20.....	283
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	256	PREGEN DHA.....	247	PREVYMIS.....	123
POLY-TUSSIN AC.....	146	PREGENNA.....	245	PREZCOBIX.....	120
POLY-VI-FLOR.....	243	PREGNYL.....	174	PREZISTA.....	121
POLY-VI-FLOR/IRON.....	243	PREMARIN.....	178, 286	PRIFTIN.....	88
POMALYST.....	98	PREMASOL.....	253	PRILOSEC.....	280
POMBILITI.....	170	PREMESISR.....	247	PRIMACARE.....	246
PONVORY.....	274	PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST		PRIMAQUINE PHOSPHATE.....	87
PONVORY STARTER PACK.....	274	.....	164	PRIMAXIN IV.....	84
<i>portia-28</i>	139	PREMPHASE.....	177	<i>primidone</i>	52
PORTAZZA.....	97	PREMPRO.....	177	PRIORIX.....	283
<i>posaconazole</i>	72	<i>prena 1 true</i>	247	PRISMASOL B22GK 4/0.....	233
POSFREA.....	70	<i>prena1</i>	247	PRISMASOL BGK 0/2.5.....	233
POSIMIR.....	203	PRENA1 PEARL.....	245	PRISMASOL BGK 2/0.....	233
POTASSIUM ACETATE.....	231	PRENATAL.....	245	PRISMASOL BGK 2/3.5.....	233
POTASSIUM CHLORIDE.....	231	PRENATAL (W/IRON & FA).....	245	PRISMASOL BGK 4/0/1.2.....	233
<i>potassium chloride</i>	231	PRENATAL 19.....	245	PRISMASOL BGK 4/2.5.....	233
<i>potassium chloride crys er</i>	231	<i>prenatal 19</i>	245	PRISMASOL BK 0/0/1.2.....	233
<i>potassium chloride er</i>	231	PRENATAL COMPLETE.....	245	PRISTIQ.....	58
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL.....	230	PRENATAL FORTE.....	245	PRIVIGEN.....	264

PRO COMFORT INSULIN SYRINGE		PROSTIN VR.....	132	QELBREE.....	15
.....	224	<i>protamine sulfate</i>	191	QFITLIA.....	186
PRO COMFORT LANCETS 30G.....	214	PROTONIX.....	280	QINLOCK.....	100
PRO COMFORT LANCETS 31G.....	214	PROTOPAM CHLORIDE.....	68	QLOSI.....	255
PRO COMFORT PEN NEEDLES.....	224	<i>protriptyline hcl</i>	59	QNASL.....	251
<i>pro comfort safety lancets 30g</i>	214	PROVAYBLUE.....	68	QNASL CHILDRENS.....	251
PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE.....	164	PROVERA.....	266	QSYMIA.....	17
PROAIR RESPICLICK.....	43	PROVIDA OB.....	246	QTERN.....	65
<i>probenecid</i>	186	PROVIGIL.....	20	QUADRACEL.....	278
<i>procainamide hcl</i>	40	PROVISC.....	261	QUALAQUIN.....	87
PROCARDIA XL.....	130	PROZAC.....	56	<i>quazepam</i>	198
<i>procentra</i>	16	<i>prucalopride succinate</i>	179	QUDEXY XR.....	52
<i>prochlorperazine</i>	117	PRUDOXIN.....	150	QUELICIN.....	251
<i>prochlorperazine edisylate</i>	117	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	146	QUESTRAN.....	74, 75
<i>prochlorperazine maleate</i>	117	PTS PANELS EGLU TEST.....	165	QUESTRAN LIGHT.....	74
PROCRIT.....	193	PULMICORT.....	45	<i>quetiapine fumarate</i>	116
PROCTOCORT.....	38	PULMICORT FLEXHALER.....	45	<i>quetiapine fumarate er</i>	116
PROCTOFOAM HC.....	38	Pulmosal.....	146	QUFLORA FE.....	241
<i>procto-med hc</i>	38	PULMOZYME.....	275	QUFLORA FE PEDIATRIC.....	243
<i>proctosol hc</i>	38	PURE COMFORT LANCETS 30G.....	215	QUFLORA PEDIATRIC.....	243
<i>proctozone-hc</i>	38	PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	224	QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE	
PROCYSBI.....	185	<i>pure comfort safety pen needle</i>	224	TEST.....	165
PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	224	PURIXAN.....	91	QUICK TOUCH INSULIN PEN	
PRODIGY LANCETS 28G.....	214	<i>px advanced lancing device</i>	215	NEEDLE.....	224
PRODIGY LANCING DEVICE.....	214	PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES.....	224	QUICKTEK TEST.....	165
PRODIGY NO CODING BLOOD		PX INSULIN SYRINGE.....	224	QUILLICHEW ER.....	20
GLUC.....	165	PX LANCETS MICROTHIN 33G.....	215	QUILLIVANT XR.....	20
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G.....	214	PX LANCETS ULTRA THIN 28G.....	215	<i>quin b strong b-25</i>	240
PRODIGY TWIST TOP LANCETS		PX MINI PEN NEEDLES.....	224	<i>quinapril hcl</i>	79
28G.....	214	PX PEN NEEDLE.....	224	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	78
PROFILNINE.....	188	PYLERA.....	281	<i>quinidine gluconate er</i>	41
<i>progesterone</i>	266	<i>pyrazinamide</i>	88	<i>quinidine sulfate</i>	41
PROGLYCEM.....	60	<i>pyridostigmine bromide</i>	88	<i>quinine sulfate</i>	87
PROGRAF.....	235	<i>pyridostigmine bromide er</i>	88	QUINTABS.....	242
PROLASTIN-C.....	275	<i>pyrimethamine</i>	87	QUINTET AC BLOOD GLUCOSE	
PROLATE.....	35	PYRUKYND.....	192	TEST.....	165
PROLENSA.....	258	PYRUKYND TAPER PACK.....	192	QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST.....	165
PROLEUKIN.....	104	PYZCHIVA.....	151, 181	QULIPTA.....	227
PROLIA.....	175	QBRELIS.....	79	QUVIVIQ.....	199
PROMACTA.....	196	QBREXZA.....	158	QUZYTTR.....	73
<i>promethazine hcl</i>	73	<i>qc advanced lancing device</i>	215	QVAR REDIHALER.....	46
<i>promethazine vc</i>	146	<i>qc aspirin low dose</i>	31	<i>ra aspirin adult low dose</i>	31
<i>promethazine-codeine</i>	146	<i>qc b50 prolonged release</i>	240	<i>ra aspirin adult low strength</i>	31
<i>promethazine-dm</i>	146	<i>qc b-complex/vitamin c</i>	239	<i>ra aspirin childrens</i>	31
<i>promethazine-phenylephrine</i>	146	<i>qc childrens aspirin</i>	31	<i>ra aspirin ec</i>	32
<i>promethegan</i>	74	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	241	<i>ra aspirin ec adult low st</i>	32
PROMETRIUM.....	266	<i>qc essentials</i>	242	<i>ra balanced b-100</i>	240
<i>propafenone hcl</i>	41	<i>qc folic acid</i>	194	<i>ra balanced b-100 cr</i>	240
<i>propafenone hcl er</i>	41	<i>qc gentle laxative</i>	202	<i>ra balanced b-50</i>	240
<i>proparacaine hcl</i>	258	<i>qc gentle laxative womens</i>	202	<i>ra balanced b-50 tr</i>	241
PROPECIA.....	160	QC LANCETS SUPER THIN 30G.....	215	<i>ra b-complex</i>	238
PROPEL.....	251	QC LANCETS ULTRA THIN.....	215	<i>ra b-complex with b-12</i>	238
PROPEL CONTOUR.....	251	<i>qc laxative</i>	202	RA E-ZJECT LANCETS 28G.....	215
PROPEL MINI.....	251	<i>qc magnesium citrate</i>	201	RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G.....	215
PROPEL MINI SDS.....	251	<i>qc milk of magnesia</i>	201	RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G.....	215
<i>propofol</i>	184	<i>qc natura-lax</i>	200	RA E-ZJECT LANCETS ULTRA	
<i>propranolol hcl</i>	127	<i>qc nicotine transdermal system</i>	273	THIN.....	215
<i>propranolol hcl er</i>	127	QC PEN NEEDLES.....	224	<i>ra folic acid</i>	194
<i>propylthiouracil</i>	277	QC PRENATAL.....	246	RA INSULIN SYRINGE.....	224
PROQUAD.....	283	QC UNIFINE PENTIPS.....	224	<i>ra laxative</i>	200, 202
PRO-RED AC.....	146	QC UNILET LANCETS 28G.....	215	<i>ra magnesium citrate</i>	201
PROSCAR.....	184	QC UNILET LANCETS MICRO		<i>ra milk of magnesia</i>	201
PROSOL.....	253	THIN.....	215	<i>ra mini nicotine</i>	273

<i>ra nicotine</i>	273	RELION CONFIRM/MICRO TEST... 165	REXULTI.....	118
<i>ra nicotine gum</i>	273	RELION GLUCOSE TEST STRIPS... 165	REYATAZ.....	121
<i>ra nicotine polacrilex</i>	273	RELION INSULIN SYRINGE..... 225	REYVOW.....	229
RA PEN NEEDLES.....	224	RELION LANCET DEVICES 30G..... 215	REZDIFFRA.....	180
RA PRENATAL.....	246	RELION LANCETS..... 215	REZIPRES.....	288
RA PRENATAL FORMULA.....	246	RELION LANCETS MICRO-THIN	REZLIDHIA.....	106
<i>ra womens laxative</i>	202	33G..... 215	REZUROCK.....	236
RABAVERT.....	285	RELION LANCETS THIN 26G..... 215	REZVOGLAR KWIKPEN.....	64
RABEPRAZOLE SODIUM.....	280	RELION LANCETS ULTRA-THIN	REZZAYO.....	71
<i>rabeprazole sodium</i>	280	30G..... 215	RHOFADE.....	159
RADICAVA ORS.....	251	RELION LANCING DEVICE..... 215	RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	
RADICAVA ORS STARTER KIT.....	251	RELION MINI PEN NEEDLES..... 225	.....	264
RADIOGARDASE.....	68	RELION PEN NEEDLES..... 225	RHOPHYLAC.....	264
RAGWITEK.....	21	RELION PREMIER TEST..... 165	RHOPRESSA.....	258
RALDESY.....	57	RELION PRIME TEST..... 165	RIABNI.....	92
<i>raloxifene hcl</i>	175	RELION SHORT PEN NEEDLES..... 225	RIASTAP.....	188
<i>ramelteon</i>	199	RELION TRUE METRIX TEST	<i>ribavirin</i>	124, 125
<i>ramipril</i>	79	STRIPS..... 165	RIDAURA.....	26
<i>ranolazine er</i>	39	RELION ULTIMA TEST..... 165	<i>rifabutin</i>	88
RAPAFLO.....	184	RELION ULTRA THIN LANCETS	RIFADIN.....	88
RAPIVAB.....	125	30G..... 215	<i>rifampin</i>	88
<i>rasagiline mesylate</i>	112	RELION ULTRA THIN PLUS	RIGHTEST ALTERNATE SITE	
RASUVO.....	22	LANCETS..... 215	ADAPT.....	215
RAVICTI.....	176	RELISTOR..... 182	RIGHTEST GD500 LANCING	
<i>raya sure pen needle</i>	224	RELNATE DHA..... 246	DEVICE.....	215
RAYALDEE.....	172	RELPAX..... 228	RIGHTEST GL300 LANCETS.....	215
RAYOS.....	145	RELTONE..... 179	RIGHTEST GS100 BLOOD	
<i>react</i>	141	REMERON..... 55	GLUCOSE.....	165
READYLANCE SAFETY LANCETS	215	REMERON SOLTAB..... 55	RIGHTEST GS300 BLOOD	
REALITY INSULIN SYRINGE.....	225	REMESENSE..... 206	GLUCOSE.....	165
REALITY LANCETS.....	215	REMICADE..... 183	RIGHTEST GS550 BLOOD	
REALITY LATEX CONDOMS.....	205	<i>remifentanyl hcl</i> 35	GLUCOSE.....	165
REALITY LATEX/ULTRA		REMODULIN..... 132	RIGHTEST GT333 BLOOD	
TEXTURED.....	205	RENACIDIN..... 185	GLUCOSE.....	165
REALITY LATEX/ULTRA THIN.....	205	<i>renal vitamin</i> 239	RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST	165
REALITY TRIGGER LANCETS.....	215	<i>rena-vite</i> 239	<i>riluzole</i>	251
REBIF.....	269	RENFLEXIS..... 183	<i>rimantadine hcl</i>	125
REBIF REBIDOSE.....	269	RENOVA..... 148	RIMSO-50.....	185
REBIF REBIDOSE TITRATION		RENOVA PUMP..... 148	<i>ringers</i>	230
PACK.....	269	REVELA..... 182	<i>ringers irrigation</i>	235
REBIF TITRATION PACK.....	270	<i>repaglinide</i> 65	RINVOQ.....	22
REBINYN.....	188	REPATHA..... 77	RINVOQ LQ.....	22
REBLOZYL.....	193	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM..... 77	RIOMET.....	60
REBYOTA.....	182	REPATHA SURECLICK..... 77	<i>risanoid plus</i>	248
RECARBRIO.....	84	RESTASIS..... 257	<i>risedronate sodium</i>	168
RECLAST.....	168	RESTASIS MULTIDOSE..... 257	RISPERDAL.....	115
<i>reclipsen</i>	139	RESTORIL..... 198	RISPERDAL CONSTA.....	115
RECOMBINATE.....	188	RETACRIT..... 193	<i>risperidone</i>	115
RECOMBIVAX HB.....	285	RETEVMO..... 101	<i>risperidone microspheres er</i>	115
RECORLEV.....	169	RETIN-A..... 148	RITALIN.....	20
RECOTHROM.....	197	RETIN-A MICRO..... 148	RITALIN LA.....	20
RECOTHROM SPRAY KIT.....	197	RETIN-A MICRO PUMP..... 148	<i>ritonavir</i>	121
RECTIV.....	38	RETISERT..... 260	RITUXAN.....	92
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE		RETROVIR..... 122	RITUXAN HYCELA.....	103
TEST.....	165	REVATIO..... 133	<i>rivaroxaban</i>	46
REGLAN.....	180	REVCIVI..... 167	<i>rivastigmine</i>	267, 268
REGONOL.....	88	REVLIMID..... 234	<i>rivastigmine tartrate</i>	267
REGANEX.....	160	<i>revonto</i> 249	<i>rivelsa</i>	141
RELAFEN DS.....	29	REVUFORJ..... 99	RIVFLOZA.....	185
RELENZA DISKHALER.....	125	REXALL BLOOD GLUCOSE TEST..... 165	RIXUBIS.....	188
RELEUKO.....	195	REXALL LANCETS ULTRA THIN	<i>rizatriptan benzoate</i>	228
RELEXXII.....	20	30G..... 215	ROBAXIN.....	249
RELION BLOOD GLUCOSE TEST... 165		REXTOVY..... 69	ROCALTROL.....	172

ROCKLATAN.....	258	SAPS TWIST TOP LANCETS.....	215	SHINGRIX.....	285
<i>rocuronium bromide</i>	252	SAPSCARE TWIST TOP LANCETS.....	215	SIGNIFOR.....	176
<i>roflumilast</i>	45	SARCLISA.....	93	SIGNIFOR LAR.....	175
ROLVEDON.....	195	SAVAYSA.....	46	SIKLOS.....	193
<i>romidepsin</i>	98	SAVELLA.....	268	<i>sildenafil citrate</i>	133, 134
ROMVIMZA.....	96	SAVELLA TITRATION PACK.....	268	SILENOR.....	198
<i>ropinirole hcl</i>	113	<i>saxagliptin hcl</i>	60	SILIQ.....	151
<i>ropinirole hcl er</i>	113	<i>saxagliptin-metformin er</i>	61	<i>silodosin</i>	184
<i>ropivacaine hcl</i>	203	SAXENDA.....	17	SILVADENE.....	153
ROPIVACAINE HCL.....	203	<i>sb bisacodyl laxative ec</i>	202	<i>silver sulfadiazine</i>	153
<i>ropivacaine hcl-nacl</i>	203	<i>sb childrens aspirin</i>	32	SIMBRINZA.....	254
<i>rosuvastatin calcium</i>	76	<i>sb gentle lax-women</i>	202	SIMLANDI (1 PEN).....	25
ROTARIX.....	285	SB INSULIN SYRINGE.....	225	SIMLANDI (1 SYRINGE).....	25
ROTATEQ.....	285	SB LANCETS THIN.....	216	SIMLANDI (2 PEN).....	25
ROWASA.....	181	SB LANCETS ULTRA THIN.....	216	SIMLANDI (2 SYRINGE).....	25
<i>roweepira</i>	52	<i>sb low dose asa ec</i>	32	<i>simliya</i>	137
ROXICODONE.....	35	<i>sb magnesium citrate</i>	201	<i>simpesse</i>	141
ROXYBOND.....	35	<i>sb milk of magnesia</i>	201	SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING	
ROZEREM.....	199	<i>sb polyethylene glycol 3350</i>	200	DEV.....	216
ROZLYTREK.....	101	SCEMBLIX.....	95	SIMPONI.....	25
RUBRACA.....	109	SCENESSE.....	158	SIMPONI ARIA.....	25
RUCONEST.....	189	<i>scopolamine</i>	70	SIMULECT.....	235
<i>rufinamide</i>	52	SECUADO.....	116	<i>simvastatin</i>	76
RUKOBIA.....	120	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	225	SINEMET.....	113
RUXIENCE.....	92	SECURESAFE SAFETY PEN		SINGLE-LET.....	216
RYALTRIS.....	250	NEEDLES.....	225	SINGULAIR.....	44, 45
RYANODEX.....	249	SEGLUROMET.....	66	<i>sirolimus</i>	235
RYBELSUS.....	65	SELARSDI.....	151, 181	SIRTURO.....	88
RYBREVANT.....	101	<i>select-lite device/lancets</i>	216	<i>sitagliptin</i>	60
<i>ryclora</i>	73	<i>select-lite lancing device</i>	216	<i>sitagliptin base-metformin hcl</i>	61
RYDAPT.....	100	SELECT-OB.....	246	SITAVIG.....	124
RYDEX.....	146	SELECT-OB+DHA.....	247	SIVEXTRO.....	86
RYKINDO.....	115	<i>selegiline hcl</i>	112	SKYCLARYS.....	251
RYLAZE.....	103	SELENIUS ACID.....	232	SKYLA.....	142
RYPLAZIM.....	191	<i>selenium sulfide</i>	152	SKYRIZI.....	151, 181
RYSTIGGO.....	235, 236	SELZENTRY.....	120	SKYRIZI PEN.....	151
RYTARY.....	113	SEMGLEE (YFGN).....	64	SKYTROFA.....	171
RYTELO.....	108	SE-NATAL 19.....	246	SLYND.....	142
RYVENT.....	73	SENSIPAR.....	169	<i>sm b super vitamin complex</i>	239
SABRIL.....	53	<i>sensorcaine</i>	203	<i>sm b100 complex</i>	241
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE		<i>sensorcaine/epinephrine</i>	202	<i>sm b-complex</i>	241
ACT.....	215	<i>sensorcaine-mpf</i>	203	SM B-COMPLEX/VITAMIN C.....	239
SAFETY LANCETS.....	215	<i>sensorcaine-mpf/epinephrine</i>	203	<i>sm folic acid</i>	194
SAFETY LANCETS 21G.....	215	SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE		SM LANCETS 33G.....	216
SAFETY LANCETS 23G.....	215	.....	203	<i>sm nicotine</i>	273
SAFETY LANCETS 28G.....	215	SEREVENT DISKUS.....	43	<i>sm nicotine polacrilex</i>	273
<i>safety pen needles</i>	225	SERNIVO.....	155	SM ONE DAILY PRENATAL.....	246
SAFYRAL.....	139	SEROQUEL.....	116	SM PRENATAL VITAMINS.....	246
<i>sajazir</i>	189	SEROQUEL XR.....	116	SM TRUEDRAW LANCING	
SALAGEN.....	238	SEROSTIM.....	171	DEVICE.....	216
<i>saline flush</i>	232	SERTRALINE HCL.....	57	<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	239
SAMSCA.....	175	<i>sertraline hcl</i>	57	SMART DIABETES VANTAGE	
SANCUSO.....	70	<i>setlakin</i>	141	LANCING.....	216
SANDIMMUNE.....	234	<i>sevelamer carbonate</i>	182, 183	SMART SENSE COLOR LANCETS	
SANDOSTATIN.....	175	<i>sevelamer hcl</i>	183	33G.....	216
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	175	SEVENFACT.....	188	SMART SENSE PREMIUM TEST.....	165
SANTYL.....	156	<i>sevoflurane</i>	184	SMART SENSE STANDARD	
SAPHNELO.....	237	SEYSARA.....	277	LANCETS.....	216
SAPHRIS.....	116	SEZABY.....	198	SMART SENSE SUPER THIN	
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	175	<i>sf</i>	238	LANCETS.....	216
<i>saps health plus lancets</i>	215	<i>sf 5000 plus</i>	238	SMART SENSE THIN LANCETS	
SAPS HEALTH TWIST TOP		SFROWASA.....	181	26G.....	216
LANCETS.....	215	<i>sharobel</i>	142	SMART SENSE VALUE TEST.....	165

SMARTEST BLOOD GLUCOSE TEST	165	SPIRIVA RESPIMAT	44	<i>sumatriptan-naproxen sodium</i>	228
SMARTEST LANCETS 28G	216	<i>spironolactone</i>	167	<i>sunitinib malate</i>	100
SMOFLIPID	254	<i>spironolactone-hctz</i>	166	SUNLENCA	120
<i>smooth lax</i>	201	SPORANOX	72	SUNOSI	17
SOAANZ	167	SPRAVATO (56 MG DOSE)	56	SUPARTZ FX	250
<i>sod benz-sod phenylacet</i>	176	SPRAVATO (84 MG DOSE)	56	<i>super b complex/fa/vit c</i>	239
SODIUM ACETATE	229	<i>sprintec 28</i>	139	<i>super b complex/vitamin c</i>	239
<i>sodium acetate</i>	229	SPRITAM	52	<i>super b-complex</i>	241
<i>sodium bicarbonate</i>	229	SPRIX	29	<i>super b-complex + vitamin c</i>	239
<i>sodium chloride</i>	146, 185, 232	SPRYCEL	95	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	239
<i>sodium chloride (pf)</i>	232	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	236	<i>super dec b-100</i>	241
<i>sodium fluoride</i>	230, 238	<i>sronyx</i>	139	<i>super quints b-50</i>	241
<i>sodium fluoride 5000 enamel</i>	237	<i>ssd</i>	153	SUPER THIN LANCETS	216
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	238	<i>st joseph aspirin</i>	32	SUPPRELIN LA	173
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	238	<i>st joseph low dose</i>	32	SUPRANE	184
<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i>	237	STAMARIL	285	SUPREME TEST	165
SODIUM IODIDE I-131	277	STEGLATRO	66	SUPREP BOWEL PREP KIT	200
SODIUM NITRITE	68	STEGLUJAN	65	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	225
<i>sodium nitroprusside</i>	83	STELARA	151, 181	SURE COMFORT LANCETS 18G	216
<i>sodium oxybate</i>	267	STENDRA	134	SURE COMFORT LANCETS 21G	216
<i>sodium phenylbutyrate</i>	176	STEQEYMA	151, 181	SURE COMFORT LANCETS 23G	216
<i>sodium phosphates</i>	231	STERILANCE TL	216	SURE COMFORT LANCETS 28G	216
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	236	<i>sterile water for irrigation</i>	235	SURE COMFORT LANCETS 30G	216
<i>sodium tetradecyl sulfate</i>	236	STIMUFEND	195	<i>sure comfort lancng pen</i>	216
SODIUM THIOSULFATE	69	STIOLTO RESPIMAT	42	SURE COMFORT PEN NEEDLES	225
SOFDRA	158	STIVARGA	100	<i>sure comfort pen needles</i>	225
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	124	STRATTERA	15	SURELITE LANCETS	216
SOGROYA	171	STRENSIQ	172	SURGICEL FIBRILLAR	197
SOHONOS	249, 250	<i>streptomycin sulfate</i>	21	SURGICEL NU-KNIT	197
<i>solifenacin succinate</i>	281	<i>stress b complex/iron</i>	241	SURGICEL SNOW 1"X2"	197
SOLQUA	65	<i>stress formula</i>	242	SURGICEL SNOW 2"X4"	197
SOLIRIS	189	<i>stress formula (folic acid)</i>	239	SURGICEL SNOW 4"X4"	197
SOLOSEC	21	<i>stress formula/iron</i>	241	SUSTOL	70
SOLTAMOX	90	<i>stress formula/zinc/energy</i>	242	SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL)	262
SOLU-CORTEF	145	<i>stresstabs energy</i>	242	SUSVIMO (IMPLANT REFILL)	262
SOLU-MEDROL	145	STRIBILD	120	SUTAB	200
SOLU-MEDROL (PF)	145	STRIVERDI RESPIMAT	43	SUTENT	100
SOLUS V2 LANCETS 28G	216	STROMEKTOL	38	<i>syeda</i>	139
SOLUS V2 LANCING DEVICE	216	STRONTIUM CHLORIDE SR-89	103	SYFOVRE	257
SOLUS V2 TEST	165	SUBLOCADE	36	SYLVANT	235
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G	216	SUBOXONE	36	SYMBICORT	42
SOMA	249	<i>subvenite</i>	52	SYMBYAX	274
SOMATULINE DEPOT	176	<i>subvenite starter kit-blue</i>	52	SYMDEKO	275
SOMAVERT	170	<i>subvenite starter kit-green</i>	52	SYMFI	120
SOOLANTRA	159	<i>subvenite starter kit-orange</i>	52	SYMFI LO	120
<i>sorafenib tosylate</i>	100	SUCRAID	166	SYMLINPEN 120	59
SORBITOL	185	<i>sucralfate</i>	279	SYMLINPEN 60	59
SORBITOL-MANNITOL	185	SUFENTANIL CITRATE	35	SYMPAZAN	48
SORILUX	152	SUFLAVE	200	SYMPROIC	182
SOTALOL HCL	127	SULAR	130	SYMPTUZA	120
<i>sotalol hcl</i>	127	<i>sulconazole nitrate</i>	157	SYNAGIS	263
<i>sotalol hcl (af)</i>	127	<i>sulfacetamide sodium</i>	260	SYNALAR	155
SOTRADECOL	236	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	147	SYNAREL	173
<i>sotradecol</i>	236	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	259	SYNDROS	70
SOTYKTU	151	<i>sulfadiazine</i>	276	SYNJARDY	66
SOTYLIZE	127	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	84	SYNJARDY XR	66
SOVALDI	124	SULFAMYLON	153	SYNOJOYNT	250
SOVUNA	87	<i>sulfasalazine</i>	181	SYNTHROID	277
SPEVIGO	151	<i>sulfatrim pediatric</i>	84	SYNVISC	250
SPIKEVAX	285	<i>sulindac</i>	29	SYNVISC ONE	250
<i>spinosad</i>	159	<i>sumatriptan</i>	228	SYPRINE	233
SPIRIVA HANDIHALER	44	<i>sumatriptan succinate</i>	228	SYRINGE AVITENE	197
		<i>sumatriptan succinate refill</i>	228		

<i>tab-a-vite</i>	242	TEGRETOL-XR.....	52	THROMBI-GEL 10.....	196
<i>tab-a-vite/beta carotene</i>	242	TEKTURNA.....	83	THROMBI-GEL 100.....	196
<i>tab-a-vite/iron</i>	241	<i>telmisartan</i>	81	THROMBI-GEL 40.....	196
TAB-A-VITE/IRON/BETA		<i>telmisartan-amlodipine</i>	80	THROMBIN-JMI.....	197
CAROTENE.....	241	<i>telmisartan-hctz</i>	81	THROMBIN-JMI EPISTAXIS.....	197
TABLOID.....	91	<i>temazepam</i>	198	THROMBI-PAD.....	196
TABRECTA.....	99	TEMBEXA.....	125	THROMBOGEN.....	197
TACLONEX.....	160	TEMODAR.....	105	THYMOGLOBULIN.....	234
<i>tacrolimus</i>	158, 235	<i>temozolomide</i>	105, 106	THYQUIDITY.....	277
<i>tadalafil</i>	134	<i>temsirolimus</i>	99	<i>thyroid</i>	277
<i>tadalafil (pah)</i>	134	<i>tencon</i>	30	<i>tiadylt er</i>	130
TADLIQ.....	134	TENIVAC.....	278	<i>tiagabine hcl</i>	53
TAFINLAR.....	96	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	122	THIAZAC.....	130
<i>tafluprost (pf)</i>	261	TENORETIC 100.....	83	TIBSOVO.....	106
TAGRISSO.....	97	TENORETIC 50.....	83	TICE BCG.....	104
<i>take action</i>	141	TENORMIN.....	127	TICOVAC.....	285
TAKHZYRO.....	191	TEPADINA.....	89	TIGAN.....	70
TALICIA.....	281	TEPEZZA.....	172	TIGECYCLINE.....	276
TALTZ.....	151	TEPMETKO.....	99	TIGLUTIK.....	251
TALVEY.....	95	<i>terazosin hcl</i>	82, 83	TIKOSYN.....	41
TALZENNA.....	109	<i>terbinafine hcl</i>	72	<i>tilia fe</i>	143
TAMIFLU.....	125	<i>terbutaline sulfate</i>	43	<i>timolol hemihydrate</i>	254
<i>tamoxifen citrate</i>	90	<i>terconazole</i>	285	<i>timolol maleate</i>	127, 254
<i>tamsulosin hcl</i>	184	<i>teriflunomide</i>	268	<i>timolol maleate (once-daily)</i>	254
Tanlor.....	249	<i>teriparatide</i>	174	<i>timolol maleate ocudose</i>	254
<i>taperdex 12-day</i>	145	TERIPARATIDE.....	174	<i>timolol maleate pf</i>	254
<i>taperdex 6-day</i>	145	TERLIVAZ.....	176	TIMOPTIC OCUDOSE.....	254
<i>taperdex 7-day</i>	145	<i>terrell</i>	184	<i>tinidazole</i>	84
TARCEVA.....	97	TESTIM.....	37	<i>tiopronin</i>	186
<i>targadox</i>	277	TESTOPEL.....	37	<i>tiotropium bromide monohydrate</i>	44
TARGRETIN.....	110, 160	<i>testosterone</i>	37	<i>tirofiban hcl in nacl</i>	190
<i>tarina 24 fe</i>	139	<i>testosterone cypionate</i>	37	TIROSINT.....	278
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	139	<i>testosterone enanthate</i>	37	TIROSINT-SOL.....	278
TARON-C DHA.....	246	<i>tetrabenazine</i>	268	TISSEEL.....	196
TARPEYO.....	145	<i>tetracaine hcl</i>	258	TISSUEBLUE.....	261
TASCENSO ODT.....	274	<i>tetracycline hcl</i>	277	<i>tis-u-sol</i>	235
TASIGNA.....	95	TEVIMBRA.....	94	TIVDAK.....	94
<i>tasimelteon</i>	199	TEXACORT.....	155	TIVICAY.....	121
TASMAR.....	112	TEZSPIRE.....	46	TIVICAY PD.....	121
<i>tavaborole</i>	158	TGT BLOOD GLUCOSE TEST.....	165	<i>tizanidine hcl</i>	249
TAVALISSE.....	192	TGT LANCET MICRO THIN 33G.....	216	TLANDO.....	37
TAVNEOS.....	190	TGT LANCET THIN 26G.....	216	<i>tm-daily vite</i>	242
<i>taysofy</i>	140	TGT LANCET ULTRA THIN 30G.....	216	TNKASE.....	192
TAYTULLA.....	140	<i>tgt lancng device</i>	216	TOBI.....	21
TAZAROTENE.....	148	THALITONE.....	167	TOBI PODHALER.....	21
<i>tazarotene</i>	152	THALOMID.....	232	TOBRADEX.....	259
<i>tazicef</i>	136	THAM.....	229	TOBRADEX ST.....	259
TAZICEF.....	136	THE LIQUILIFT TRACE.....	232	<i>tobramycin</i>	22, 256
TAZORAC.....	152	THEO-24.....	46	<i>tobramycin sulfate</i>	22
TAZVERIK.....	99	<i>theophylline</i>	46	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	259
TECENTRIQ.....	94	<i>theophylline er</i>	46	TOBREX.....	256
TECENTRIQ HYBREZA.....	103	THERA.....	242	TODAY SPONGE.....	286
TECFIDERA.....	270	<i>thera-tabs</i>	242	<i>today's health lancng device</i>	216
TECHLITE AST LANCETS.....	216	THEREMS.....	242	TODAY'S HEALTH PEN NEEDLES.....	225
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	225	<i>thiamine hcl</i>	288	TODAYS HEALTH SHORT PEN	
TECHLITE LANCETS.....	216	THIOLA.....	186	NEEDLE.....	225
TECHLITE LANCETS 26G.....	216	THIOLA EC.....	185, 186	TODAYS HEALTH THIN LANCETS	
TECHLITE PEN NEEDLES.....	225	<i>thioridazine hcl</i>	117	28G.....	216
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	225	<i>thiotepa</i>	89	TODAYS HEALTH THIN LANCETS	
TECVAYLI.....	96	<i>thiothixene</i>	119	30G.....	216
TEFLARO.....	136	<i>thrive</i>	273	TOFIDENCE.....	26
TEGLUTIK.....	251	THRIVITE RX.....	246	TOLAK.....	150
TEGRETOL.....	52	THROMBATE III.....	191	<i>tolcapone</i>	112

TOLECTIN 600.....	29	TRESIBA FLEXTOUCH.....	64	TROJAN ULTRA	
<i>tolmetin sodium</i>	29	<i>tretinoin</i>	109, 148	THIN/SPERMICIDAL.....	205
TOLSURA.....	72	<i>tretinoin microsphere</i>	148	TROJAN-ENZ LUBRICATED.....	205
<i>tolterodine tartrate</i>	281	<i>tretinoin microsphere pump</i>	148	TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL.....	205
<i>tolterodine tartrate er</i>	281	TRETEN.....	188	TROKENDI XR.....	53
<i>tolvaptan</i>	175	TREXALL.....	91	TROPHAMINE.....	253
TOPAMAX.....	52	TREXIMET.....	228	<i>tropicamide</i>	255
TOPAMAX SPRINKLE.....	52	<i>trezix</i>	32	<i>tropium chloride</i>	282
TOPCARE CLICKFINE PEN		<i>triamcinolone acetonide</i>	156, 238	<i>tropium chloride er</i>	282
NEEDLES.....	225	<i>triamcinolone in absorbase</i>	156	TRUDHESA.....	228
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN		<i>triamterene</i>	167	<i>true comfort insulin syringe</i>	225
33G.....	216	<i>triamterene-hctz</i>	166	TRUE COMFORT INSULIN	
TOPCARE ULTRA COMFORT INS		<i>triazolam</i>	198	SYRINGE.....	225
SYR.....	225	TRIBENZOR.....	82	TRUE COMFORT PEN NEEDLES....	225
TOPICORT.....	155, 156	TRICOR.....	75	TRUE COMFORT PRO INSULIN	
TOPICORT SPRAY.....	156	Tridacaine Ii.....	157	SYR.....	225
<i>topiramate</i>	52	Tridacaine Iii.....	157	TRUE COMFORT PRO PEN	
<i>topiramate er</i>	52	<i>triderm</i>	156	NEEDLES.....	225
TOPOTECAN HCL.....	110	<i>trientine hcl</i>	233	<i>true comfort safety lancets</i>	217
<i>topotecan hcl</i>	110	TRIESENCE.....	260	<i>true comfort safety pen needle</i>	225
TOPROL XL.....	127	<i>tri-estarylla</i>	143	TRUE COMFORT TWIST TOP	
<i>toremifene citrate</i>	90	<i>trifluoperazine hcl</i>	117, 118	LANCETS.....	217
TORISEL.....	99	<i>trifluridine</i>	257	<i>true cover</i>	205
Torpenz.....	99	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	111	<i>true daily vite</i>	243
<i>torsemide</i>	167	TRIJARDY XR.....	65	TRUE FOCUS BLOOD GLUCOSE	
TOSYMRA.....	228	TRIKAFTA.....	275	STRIP.....	165
TOTALVISC.....	261	<i>tri-legest fe</i>	143	<i>true folic acid</i>	194
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	64	TRILEPTAL.....	53	<i>true laxative</i>	201
TOUJEO SOLOSTAR.....	64	<i>tri-linyah</i>	143	TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE	
<i>tovet</i>	156	TRILIPIX.....	75	TEST.....	165
TOVIAZ.....	282	<i>tri-lo-estarylla</i>	143	<i>true multivitamin</i>	243
TPN ELECTROLYTES.....	230	<i>tri-lo-marzia</i>	143	TRUEDRAW LANCING DEVICE.....	217
TPOXX.....	125	<i>tri-lo-mili</i>	143	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN	
TRACLEER.....	133	<i>tri-lo-sprintec</i>	143	NEEDLES.....	225
TRADJENTA.....	60	TRI-LUMA.....	156	TRUEPLUS INSULIN SYRINGE.....	225
TRALEMENT.....	232	TRILURON.....	250	TRUEPLUS LANCETS 26G.....	217
TRAMADOL HCL.....	35	<i>trimethobenzamide hcl</i>	70	TRUEPLUS LANCETS 28G.....	217
<i>tramadol hcl</i>	35	TRIMETHOPRIM.....	84	TRUEPLUS LANCETS 30G.....	217
<i>tramadol hcl (er biphasic)</i>	35	<i>tri-mili</i>	143	TRUEPLUS LANCETS 33G.....	217
<i>tramadol hcl er</i>	35	<i>trimipramine maleate</i>	59	TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	37	TRINATAL RX 1.....	246	.....	217
<i>trandolapril</i>	79	<i>trinate</i>	246	TRUETEST TEST.....	165
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	77	TRINTELLIX.....	57	TRUETRACK TEST.....	165
<i>tranexamic acid</i>	196	TRIPTODUR.....	173	TRULANCE.....	179
TRANEXAMIC ACID-NACL.....	196	TRISENOX.....	104	TRULICITY.....	65
<i>tranylcypromine sulfate</i>	56	<i>tri-sprintec</i>	143	TRUMENBA.....	283
TRAVASOL.....	253	TRISTART DHA.....	247	TRUQAP.....	91
TRAVATAN Z.....	261	TRIUMEQ.....	120	TRUSTEX COLOR CONDOMS +	
TRAVEL LANCETS ADVANCED		TRIUMEQ PD.....	120	LUBE.....	205
28G.....	216	TRI-VI-FLOR.....	243	TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED	206
<i>travoprost (bak free)</i>	261	TRI-VI-FLORO.....	243	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX	
TRAZIMERA.....	93	<i>tri-vite/fluoride</i>	243	ST.....	206
<i>trazodone hcl</i>	57	<i>trivora (28)</i>	143	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL....	206
TREANDA.....	89	<i>tri-vylibra</i>	143	TRUSTEX LUBRICATED.....	206
TRECATOR.....	88	<i>tri-vylibra lo</i>	143	TRUSTEX LUBRICATED EX	
TRELEGY ELLIPTA.....	42	TRODELVY.....	110	LARGE.....	206
TRELSTAR MIXJECT.....	107	TROGARZO.....	120	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA	
TREMFYA.....	152, 181, 182	TROJAN ENZ.....	205	ST.....	206
TREMFYA CROHNS INDUCTION..	181	TROJAN MAGNUM.....	205	TRUSTEX	
TREMFYA ONE-PRESS.....	151	TROJAN ULTRA RIBBED		LUBRICATED/SPERMICIDE.....	206
TREMFYA PEN.....	151, 182	LUBRICATED.....	205	TRUSTEX NATURAL CONDOMS +	
<i>treprostinil</i>	132	TROJAN ULTRA THIN.....	205	LUBE.....	206
TRESIBA.....	64			TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	206

TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE ..	206	<i>ultra b-100 complex</i>	248	UNISTIK 3 GENTLE	218
TRUSTEX RIA LUBRICATED	206	ULTRA COMFORT INSULIN		UNISTIK 3 NEONATAL	218
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	206	SYRINGE	226	UNISTIK 3 NORMAL	218
TRUSTEX-NONOXYNOL-		ULTRA FLO INSULIN PEN		UNISTIK CZT COMFORT	218
9/RIB/STUD	206	NEEDLES	226	UNISTIK CZT NORMAL	218
TRUVADA	120	ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2		UNISTIK NORMAL	218
TRUXIMA	92	UNIT	226	UNISTIK PRO SAFETY LANCET ...	218
TRYNGOLZA	173	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	226	UNISTIK SAFETY LANCETS 28G ...	218
TRYVIO	83	ULTRA THIN LANCETS 31G	217	UNISTIK SAFETY LANCETS 30G ...	218
TUDORZA PRESSAIR	44	ULTRA THIN PEN NEEDLES	226	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC	
TUKYSA	94	ULTRACARE INSULIN SYRINGE	226	21G	218
TURALIO	100	ULTRA-CARE LANCETS 30G	217	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC	
TURPENTINE	157	ULTRACARE PEN NEEDLES	226	23G	218
Turqoz	140	ULTRAFOAM SPONGE		UNISTIK TOUCH SAFETY LANC	
TUXARIN ER	146	2X6.25X7CM	197	28G	218
TWIIST REFILL KIT	219	ULTRAFOAM SPONGE		UNISTIK TOUCH SAFETY LANC	
TWIIST REFILL KIT/INFUSION SET		8X12.5X1CM	197	30G	218
.....	219	ULTRAFOAM SPONGE		UNISTRIP1 GENERIC	165
TWINRIX	283	8X12.5X3CM	197	<i>unithroid</i>	278
TWIRLA	140	ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM	197	UNITUXIN	93
<i>twist top lancets 30g</i>	217	ULTRAFOAM SPONGE		UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G	
TWYNEO	147	8X6.25X1CM	197	.....	218
TYBLUME	140	ULTRA-THIN II AUTO LANCET	217	UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G	
TYBOST	122	ULTRA-THIN II INS SYR SHORT ...	226	.....	218
TYENNE	26, 27	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE		UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA	
TYGACIL	276	.....	226	THIN	218
TYKERB	100	ULTRA-THIN II LANCETS	217	UPLIZNA	235
TYMLOS	174	ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE		UPNEEQ	261
TYPHIM VI	283	.....	226	UPTRAVI	134
TYRVAYA	254	ULTRA-THIN II PEN NEEDLE		UPTRAVI TITRATION	134
TYSABRI	270	SHORT	226	UROCIT-K 10	184
TYVASO	133	ULTRA-THIN II PEN NEEDLES	226	UROCIT-K 15	184
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT	133	UNASYN	266	UROXATRAL	184
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT	133	UNDECATREX	37	URSO FORTE	179
TYVASO DPI TITRATION KIT	133	UNIFINE OTC PEN NEEDLES	226	URSODIOL	179
TYVASO REFILL KIT	133	UNIFINE PENTIPS	226	<i>ursodiol</i>	179
TYVASO STARTER KIT	133	UNIFINE PENTIPS PLUS	226	UVADEX	104
TZIELD	59	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE ..	226	UZEDY	115
UBRELVY	227	UNIFINE SAFECONTROL PEN		VABOMERE	84
UCERIS	38, 145	NEEDLE	226	VABYSMO	255
UDENYCA	195	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	226	VAFSEO	195
UDENYCA ONBODY	195	UNILET COMFORTOUCH LANCET		VAGIFEM	286
ULORIC	186	.....	217	<i>valacyclovir hcl</i>	124
ULTANE	184	UNILET EXCELITE	217	VALCHLOR	150
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR	225	UNILET EXCELITE II	217	VALCYTE	123
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT	225	UNILET G.P. LANCET	217	<i>valganciclovir hcl</i>	123
ULTICARE INSULIN SYRINGE	226	UNILET G.P. SUPERLITE LANCET	217	VALIUM	40
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES	226	UNILET GP 28 ULTRA THIN	217	<i>valproate sodium</i>	54
ULTICARE MINI PEN NEEDLES	226	UNILET LANCET	217	<i>valproic acid</i>	55
ULTICARE PEN NEEDLES	226	UNILET MICRO-THIN 33G	217	<i>valrubicin</i>	102
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	226	UNILET SUPERLITE LANCET	217	VALSARTAN	81
ULTIGUARD SAFEPACK PEN		UNILET SUPER-THIN 30G	217	<i>valsartan</i>	81, 82
NEEDLE	226	UNILET ULTRA-THIN 28G	217	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	81
ULTIGUARD SAFEPACK		UNISTIK 1	217	VALSTAR	102
SYR/NEEDLE	226	UNISTIK 2	217	VALTOCO 10 MG DOSE	48
ULTI-LANCE AUTOMATIC	217	UNISTIK 2 COMFORT	217	VALTOCO 15 MG DOSE	48
ULTILET CLASSIC LANCETS	217	UNISTIK 2 EXTRA	217	VALTOCO 20 MG DOSE	48
ULTILET LANCETS	217	UNISTIK 2 NEONATAL	217	VALTOCO 5 MG DOSE	48
ULTILET PEN NEEDLE	226	UNISTIK 2 NORMAL	217	VALTRESX	124
ULTILET SAFETY LANCETS	217	UNISTIK 2 SUPER	217	Valtya 1/50	140
ULTILET SAFETY LANCETS 23G ...	217	UNISTIK 3	217	VALUE HEALTH INSULIN	
ULTIVA	35	UNISTIK 3 COMFORT	217	SYRINGE	226
ULTOMIRIS	189	UNISTIK 3 EXTRA	218		

VALUE PLUS LANCET			
STANDARD 21G	218		
VALUE PLUS LANCETS SUPER			
THIN	218		
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G	218		
<i>value plus lancet device</i>	218		
VANCOCIN	85		
VANCOMYCIN HCL	85, 86		
<i>vancomycin hcl</i>	85, 86		
<i>vancomycin hcl in dextrose</i>	85		
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE	85		
VANCOMYCIN HCL IN NAACL	85		
VANDAZOLE	286		
VANFLYTA	100		
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	226		
VANOS	156		
VAQTA	285		
<i>varденаfil hcl</i>	134		
<i>varenicline tartrate</i>	273		
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	273		
<i>varenicline tartrate(continue)</i>	274		
VARITHENA	236		
VARIVAX	285		
VARIZIG	264		
VARUBI (180 MG DOSE)	71		
VASCEPA	74		
VASERETIC	78		
<i>vasopressin</i>	176		
<i>vasopressin +rfid</i>	176		
<i>vasopressin-sodium chloride</i>	177		
VASOSTRICT	177		
VASOTEC	79		
VAXCHORA	283		
VAXELIS	278		
VAXNEUVANCE	283		
VAZCULEP	288		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE	286		
VECAMEYL	83		
VECTIBIX	97		
VECTICAL	152		
<i>vecuronium bromide</i>	252		
VEGZELMA	111		
VELCADE	101		
VELETRI	133		
<i>velivet</i>	143		
VELPHORO	183		
VELSIPITY	183		
VELTASSA	236		
VEMLIDY	123		
VENCLEXTA	94		
VENCLEXTA STARTING PACK	94		
VENIPUNCTURE PX1			
PHLEBOTOMY	160		
<i>venlafaxine besylate er</i>	58		
<i>venlafaxine hcl</i>	58		
<i>venlafaxine hcl er</i>	58		
VENOFER	195		
VENTAVIS	133		
VENTOLIN HFA	43		
Venxxiva	186		
VEOPOZ	189		
VEOZAH	173		
<i>verapamil hcl</i>	130, 131		
<i>verapamil hcl er</i>	130		
VERASENS BLOOD GLUCOSE			
TEST	165		
VEREGEN	148		
VERELAN	131		
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	226		
VERIFINE INSULIN SYRINGE 226, 227			
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	227		
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G			
	218		
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G			
	218		
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G			
	218		
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G			
	218		
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS			
28G	218		
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS			
30G	218		
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS			
33G	218		
VERKAZIA	257		
VERQUVO	134		
VERSACLOZ	116		
VERZENIO	105		
VESICARE	282		
VESICARE LS	282		
<i>vestura</i>	140		
VEVYE	257		
VFEND	72, 73		
VFEND IV	72		
V-GO 20	219		
V-GO 30	219		
V-GO 40	219		
VIAGRA	134		
VIBATIV	86		
VIBERZI	180		
VICTOZA	65		
VIDAZA	91		
<i>vienna</i>	140		
<i>vigabatin</i>	53		
<i>vigadrone</i>	53		
Vigadrone	53		
VIGAFYDE	53		
VIGAMOX	256		
Vigpoder	53		
VIIIBRYD	57		
VIJOICE	236		
<i>vilazodone hcl</i>	57		
VILTEPSO	252		
VIMIZIM	173		
VIMKUNYA	285		
VIMOVO	27		
VIMPAT	53		
VINATE DHA RF	246		
<i>vinblastine sulfate</i>	107		
<i>vincristine sulfate</i>	107		
<i>vinorelbine tartrate</i>	108		
VIOKACE	166		
<i>viorele</i>	137		
VIRACEPT	121		
VIRAZOLE	125		
VIREAD	122		
VISCOAT	260		
VISIONBLUE	261		
VISTOGARD	69		
VISUDYNE	258		
<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	243		
VITAFOL FE+	247		
VITAFOL GUMMIES	246		
VITAFOL ULTRA	247		
VITAFOL-OB	246		
VITAFOL-OB+DHA	247		
VITAFOL-ONE	247		
<i>vitalara</i>	246		
<i>vitalee</i>	243		
VITALIPID N INFANT	244		
VITAMEDMD ONE			
RX/QUATREFOLIC	247		
<i>vitamin b complex</i>	239		
<i>vitamin b complex w/b-12</i>	239		
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	288		
<i>vitamin k1</i>	288		
<i>vitamin-b complex</i>	239		
VITAPEARL	246		
VITATHELY WITH GINGER	246		
VITLIPID N ADULT	243		
VITLIPID N INFANT	244		
VITRAKVI	101, 102		
VIVA DHA	246		
VIVAGUARD INO TEST STRIPS	165		
VIVAGUARD LANCETS	218		
VIVAGUARD LANCETS 30G	218		
VIVAGUARD LANCING DEVICE	218		
VIVAGUARD SAFETY LANCETS			
28G	218		
VIVELLE-DOT	178		
<i>vivimusta</i>	89		
VIVITROL	69		
VIVJOA	72		
VIVOTIF	283		
VIZIMPRO	97		
VOGELXO	37		
VOGELXO PUMP	37		
<i>volnea</i>	137		
VONJO	106		
VONVENDI	188		
VOQUEZNA	279		
VOQUEZNA DUAL PAK	281		
VOQUEZNA TRIPLE PAK	281		
VORANIGO	106		
VORAXAZE	104		
<i>voriconazole</i>	73		
VOSEVI	124		
VOTRIENT	100		
VOWST	182		
VOXZOGO	173		
VOYDEYA	190		
VP INSULIN SYRINGE	227		
VPRIV	192		
VRAYLAR	114		
VTAMA	152		
VUITY	255		
VUMERITY	270		
VUSION	149		

VYALEV.....	113	XANAX.....	40	Yargesa.....	192
VYEPTI.....	227	XANAX XR.....	40	YASMIN 28.....	140
<i>vyfemla</i>	140	XARACOLL.....	203	YAZ.....	140
VYKAT XR.....	168	Xarah Fe.....	143	YCANTH.....	157
VYLEESI.....	268	XARELTO.....	46	YERVOY.....	93
<i>vylibra</i>	140	XARELTO STARTER PACK.....	47	YESINTEK.....	152, 182
VYLOY.....	93	XATMEP.....	91	YF-VAX.....	285
VYNDAMAX.....	134	XCOPRI.....	53	<i>yl balanced b-100</i>	241
VYNDAQEL.....	134	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	53	<i>yl folic acid</i>	194
VYONDYS 53.....	252	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	53	YONDELIS.....	110
VYTORIN.....	76	XDEMVY.....	257	YONSA.....	89
VYVANSE.....	16	XELJANZ.....	22	YORVIPATH.....	172
VYVGART.....	236	XELJANZ XR.....	22	YOSPRALA.....	191
VYVGART HYTRULO.....	234	XELODA.....	91	YUFLYMA (1 PEN).....	25
VYXEOS.....	103	XELPROS.....	261	YUFLYMA (2 PEN).....	25
VYZULTA.....	261	XELSTRYM.....	16	YUFLYMA (2 SYRINGE).....	26
WAINUA.....	267	XEMBIFY.....	264	YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER.....	26
WAKIX.....	18	XENAZINE.....	268	YUPELRI.....	44
WALGREENS LANCETS.....	218	XENICAL.....	18	YUSIMRY.....	26
WALGREENS LANCETS MICRO		XENPOZYME.....	167	YUTIQ.....	260
THIN.....	218	XEOMIN.....	252	<i>yuvafem</i>	286
WALGREENS LANCETS SUPER		XERAVA.....	276	<i>zafemy</i>	140
THIN.....	218	XERESE.....	152	<i>zafirlukast</i>	45
WALGREENS THIN LANCETS.....	218	XERMELO.....	183	<i>zaleplon</i>	198
WALGREENS ULTRA THIN		XGEVA.....	175	ZALTRAP.....	111
LANCETS.....	218	XHANCE.....	251	ZALVIT.....	246
<i>warfarin sodium</i>	46	XIAFLEX.....	234	ZANAFLEX.....	249
<i>water for irrigation, sterile</i>	235	XIFAXAN.....	84	ZARONTIN.....	54
WEGMANS UNIFINE PENTIPS		XIGDUO XR.....	66	ZARXIO.....	195
PLUS.....	227	XIIDRA.....	255	ZAVESCA.....	193
WEGOVI.....	17	XIPERE.....	260	ZAVZPRET.....	227
WELCHOL.....	75	XOFIGO.....	103	ZEGALOGUE.....	60
WELIREG.....	98	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	125	ZEJULA.....	109
WELLBUTRIN SR.....	55	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	125	ZELAPAR.....	112
WELLBUTRIN XL.....	55	XOLAIR.....	42, 43	ZELBORAF.....	96
<i>wera</i>	140	XOLREMDI.....	193	ZEMAIRA.....	275
<i>wesnatal dha complete</i>	246	XOPENEX HFA.....	43	ZEMBRACE SYMTOUCH.....	228
<i>wes-phos 250 neutral</i>	231	XOSPATA.....	101	ZEMDRI.....	22
WESTAB PLUS.....	246	XPHOZAH.....	169	ZEMPLAR.....	172
WESTGEL DHA.....	247	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	102	<i>zenatane</i>	148
WEZLANA.....	152, 182	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	102	ZENPEP.....	166
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60.....	206	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	102	<i>zenzedi</i>	16, 17
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65.....	206	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	102	ZEPATIER.....	124
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70.....	206	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	102	ZEPBOUND.....	17
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75.....	206	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	102	ZEPOSIA.....	274
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80.....	206	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	102	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK.....	274
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85.....	206	XROMI.....	193	ZEPOSIA STARTER KIT.....	274
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90.....	206	XTAMPZA ER.....	35	ZEPZELCA.....	89
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95.....	206	XTANDI.....	90	ZERBAXA.....	135
WILATE.....	188	<i>xulane</i>	140	ZERVIAE.....	256
WINLEVI.....	148	XULTOPHY.....	65	ZESTORETIC.....	78
WINREVAIR.....	133	XURIDEN.....	171	ZESTRIL.....	79
WINRHO SDF.....	264	XYLOCAINE.....	203	ZETIA.....	76
<i>wixela inhub</i>	42	XYLOCAINE MPF +RFID.....	203	ZEVALIN Y-90.....	103
<i>womans laxative</i>	202	XYLOCAINE/EPINEPHRINE.....	203	ZEVRX INSULIN SYRINGE.....	227
<i>womens laxative</i>	202	XYLOCAINE-MPF.....	203	ZEVRX PEN NEEDLES.....	227
<i>wymzya fe</i>	140	XYLOCAINE-MPF +RFID.....	203	ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G.....	218
WYNZORA.....	160	XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE.....	203	ZIAGEN.....	122
XACDURO.....	84	XYNTHA.....	188	ZIANA.....	147
XACIATO.....	286	XYNTHA SOLOFUSE.....	189	<i>zidovudine</i>	122
XADAGO.....	112	XYOSTED.....	37	ZIEXTENZO.....	195
XALATAN.....	261	XYREM.....	267	ZIIHERA.....	94
XALKORI.....	92	XYWAV.....	267	ZILBRYSQ.....	189

<i>zileuton er</i>	41	ZYVOX	86
ZILRETTA	145		
ZILXI	159		
ZIMHI	69		
<i>zinc chloride</i>	232		
<i>zinc sulfate</i>	232		
ZINPLAVA	263		
ZIOPTAN	261		
ZIPHEX	246		
<i>ziprasidone hcl</i>	114		
<i>ziprasidone mesylate</i>	114		
ZIPSOR	29		
ZIRABEV	111		
ZIRGAN	257		
ZITHROMAX	204		
ZITHROMAX TRI-PAK	204		
ZITHROMAX Z-PAK	204		
ZITUVIMET	61		
ZITUVIMET XR	61		
ZITUVIO	60		
ZOCOR	76		
ZOKINVY	234		
ZOLADEx	107		
<i>zoledronic acid</i>	168		
ZOLEDRONIC ACID	168		
ZOLINZA	98		
<i>zolmitriptan</i>	229		
ZOLOFT	57		
<i>zolpidem tartrate</i>	199		
<i>zolpidem tartrate er</i>	199		
ZOMACTON	171		
ZOMIG	229		
Zomig	229		
ZONALON	150		
ZONEGRAN	53		
ZONISADE	53		
<i>zonisamide</i>	53		
ZONTIVITY	192		
ZORTRESS	235		
ZORYVE	158		
ZOSYN	266		
<i>zovia 1/35 (28)</i>	140		
ZOVIRAX	152		
ZTALMY	53		
ZTLIDO	157		
ZUBSOLV	36		
<i>zumandimine</i>	140		
ZUNVEYL	268		
ZURZUVAE	55		
ZYCLARA	157		
ZYCLARA PUMP	157		
ZYDELIG	109		
ZYFLO	41		
ZYKADIA	92		
ZYLET	259		
ZYMFENTRA (1 PEN)	183		
ZYMFENTRA (2 PEN)	183		
ZYMFENTRA (2 SYRINGE)	183		
ZYNLONTA	92		
ZYNYZ	94		
ZYPITAMAG	76		
ZYPREXA	119		
ZYTIGA	89		

**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

Ձեր 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 ਸਰਵਿਸਿਜ਼ 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 nécho'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áá jì' hodiílnih. Naaltsoos bee atah nilínígíí bee nécho'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>.