



Lista de medicamentos Seleccionados

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de cuatro niveles

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

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

\$0 Cost Share EPO AI-AN	Anthem Minimum Coverage EPO
\$0 Cost Share EPO AI-AN	Anthem Minimum Coverage HMO
\$0 Cost Share EPO AI-AN	Anthem Platinum 90 D EPO
\$0 Cost Share EPO AI-AN	Anthem Platinum 90 D HMO
\$0 Cost Share EPO AI-AN	Anthem Platinum 90 EPO
\$0 Cost Share HMO AI-AN	Anthem Platinum 90 EPO AI-AN
\$0 Cost Share HMO AI-AN	Anthem Platinum 90 HMO
\$0 Cost Share HMO AI-AN	Anthem Platinum 90 HMO AI-AN
\$0 Cost Share HMO AI-AN	Anthem Silver 70 EPO
Anthem Bronze 60 D EPO	Anthem Silver 70 EPO AI-AN
Anthem Bronze 60 D HDHP EPO	Anthem Silver 70 HMO
Anthem Bronze 60 D HMO	Anthem Silver 70 HMO AI-AN
Anthem Bronze 60 EPO	Anthem Silver 70 Off Exchange EPO
Anthem Bronze 60 EPO AI-AN	Anthem Silver 70 Off Exchange HMO
Anthem Bronze 60 HDHP EPO	Anthem Silver 73 EPO
Anthem Bronze 60 HDHP EPO AI-AN	Anthem Silver 73 EPO-Federal Subsidy
Anthem Bronze 60 HMO	Anthem Silver 73 HMO
Anthem Bronze 60 HMO AI-AN	Anthem Silver 73 HMO-Federal Subsidy
Anthem Gold 80 D EPO	Anthem Silver 87 EPO
Anthem Gold 80 D HMO	Anthem Silver 87 EPO-Federal Subsidy
Anthem Gold 80 EPO	Anthem Silver 87 HMO
Anthem Gold 80 EPO AI-AN	Anthem Silver 87 HMO-Federal Subsidy
Anthem Gold 80 HMO	Anthem Silver 94 EPO
Anthem Gold 80 HMO AI-AN	Anthem Silver 94 EPO-Federal Subsidy
Anthem Minimum Coverage D EPO	Anthem Silver 94 HMO
Anthem Minimum Coverage D HMO	Anthem Silver 94 HMO-Federal Subsidy

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.
- Hay herramientas y recursos adicionales disponibles. Para ver la lista de más actualizada de medicamentos para su plan, visite 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 selectos de California 2027

Cuatro Niveles

Table of Contents

INFORMATIONAL SECTION	5
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	17
AMINOGLYCOSIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	19
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	19
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	22
ANALGESICS - OPIOID - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	22
ANDROGENS-ANABOLIC - HORMONES	24
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS - RECTAL PREPARATIONS	24
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR INFECTIONS	24
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART	24
ANTIANXIETY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	25
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS FOR THE HEART	25
ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS	26
ANTICOAGULANTS - DRUGS FOR THE BLOOD	28
ANTICONSULSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	29
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	30
ANTIDIABETICS - HORMONES	33
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH	36
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING	37
ANTIEMETICS - DRUGS FOR THE STOMACH	37
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS	38
ANTIHISTAMINES - DRUGS FOR THE LUNGS	38
ANTHYPERLIPIDEMICS - DRUGS FOR THE HEART	39
ANTHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART	40
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS	43
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR INFECTIONS	44
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	44
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - DRUGS FOR INFECTIONS	44
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES - DRUGS FOR CANCER	45
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	49
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	50
ANTIVIRALS - DRUGS FOR INFECTIONS	52
BETA BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	56
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	57
CARDIOTONICS - DRUGS FOR THE HEART	59
CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE HEART	59
CEPHALOSPORINS - DRUGS FOR INFECTIONS	60
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR WOMEN	61
CORTICOSTEROIDS - HORMONES	67
COUGH/COLD/ALLERGY - DRUGS FOR THE LUNGS	68
DERMATOLOGICALS - DRUGS FOR THE SKIN	68
DIAGNOSTIC PRODUCTS	74
DIETARY PRODUCTS/DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS - DRUGS FOR NUTRITION	74
DIGESTIVE AIDS - DRUGS FOR THE STOMACH	74
DIURETICS - DRUGS FOR THE HEART	75
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC. - HORMONES	75
ESTROGENS - HORMONES	77
FLUOROQUINOLONES - DRUGS FOR INFECTIONS	78
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH	78
GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	79
GOUT AGENTS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	79
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE BLOOD	80
HEMATOPOIETIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION	80
HEMOSTATICS - DRUGS FOR THE BLOOD	81
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	81
LAXATIVES - DRUGS FOR THE STOMACH	82

MACROLIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	83
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT	83
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	86
MINERALS & ELECTROLYTES - DRUGS FOR NUTRITION	87
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES - VITAMINS AND MINERALS	88
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT	89
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	90
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES	91
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL - DRUGS FOR THE NOSE	92
NUTRIENTS - DRUGS FOR NUTRITION	92
OPHTHALMIC AGENTS - DRUGS FOR THE EYE	92
OTIC AGENTS - DRUGS FOR THE EAR	95
OXYTOCICS - HORMONES	95
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS - BIOLOGICAL AGENTS	95
PENICILLINS - DRUGS FOR INFECTIONS	95
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS	96
PROGESTINS - HORMONES	96
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	96
RESPIRATORY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE LUNGS	99
SULFONAMIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	99
TETRACYCLINES - DRUGS FOR INFECTIONS	99
THYROID AGENTS - HORMONES	100
TOXOIDS - BIOLOGICAL AGENTS	100
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR THE STOMACH	101
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	101
VACCINES - BIOLOGICAL AGENTS	102
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN	105
VASOPRESSORS - DRUGS FOR THE HEART	105
VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	106



Lista de medicamentos Seleccionados: sección informativa

Definiciones

"\$0" al lado de un medicamento significa que este es un medicamento preventivo. Para algunos miembros, este producto puede estar cubierto al 100% con un costo de \$ 0 Comparta con una receta de su proveedor si se cumplen los criterios especificados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



"Quimioterapia oral (OC)" A pesar de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares (\$ 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 (Portia 28 Oral Tablet)</i>

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

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



¿Cuáles son mis opciones para obtener mis recetas?

Usted tiene muchas opciones sobre cómo y dónde obtener sus medicamentos recetados, incluidas las farmacias locales en su plan, la entrega conveniente a domicilio o las farmacias especializadas.

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 el formulario o 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 médicamente 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.covermyeds.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 médicamente 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.

¿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.
- **Los medicamentos de Nivel 2** tienen un costo compartido más alto que el Nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferidos, según lo bien que funcionen y su costo en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son medicamentos genéricos que pueden costar más porque son más nuevos en el mercado.
- **Los medicamentos de nivel 3** tienen el costo compartido más alto. A menudo incluyen medicamentos de marca y genéricos que pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 3 también puede incluir medicamentos que fueron aprobados recientemente por la FDA o medicamentos especializados que se usan para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.
- **Los medicamentos de nivel 4** tienen el costo compartido más alto y generalmente incluyen medicamentos especializados de marca y genéricos. Pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 4 también puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.

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

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

Nota: Para medicamentos de quimioterapia oral: a pesar de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares (\$ 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.covermymeds.com/main/partners/anthem>.
2. Iniciar sesión en 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 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):

4. Enviar una solicitud de PA electrónica visitando <https://www.covermymeds.com/main/partners/anthem>.
5. Iniciar sesión en 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.
6. 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.covermyeds.com/main/partners/anthem>.
2. Iniciar sesión en 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 excluiríamos 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.dmhca.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.

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

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

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

Cuatro Niveles

CURRENT AS OF 1/1/2027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ADHD AGENT - SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Tier 1	PA
*ADHD AGENT - SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>atomoxetine hcl oral capsule</i>	Tier 2	PA
*AMPHETAMINE MIXTURES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Tier 1	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>	Tier 1	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*AMPHETAMINES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	Tier 1	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution</i>	Tier 2	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Tier 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Tier 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
dextroamphetamine sulfate (Procentra Oral Solution)	Tier 2	PA; QL (60 mL per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 7.5 Mg)	Tier 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg)	Tier 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Tier 1	PA; DO
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg, 30 Mg)	Tier 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*STIMULANTS - MISC.*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	Tier 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
armodafinil oral tablet 50 mg	Tier 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	Tier 1	PA; DO
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg	Tier 1	PA; QL (1 capsule per 1 day)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	Tier 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	Tier 1	PA; DO
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg	Tier 1	PA; DO
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg	Tier 1	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg	Tier 1	PA; DO
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg	Tier 1	PA; QL (2 capsules per 1 day)
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg	Tier 1	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg	Tier 1	PA; DO
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg	Tier 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg	Tier 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg	Tier 1	PA; DO
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	Tier 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg, 27 mg	Tier 1	PA; DO
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg	Tier 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 54 mg	Tier 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er(diffus) oral tablet extended release 27 mg	Tier 1	PA; DO
methylphenidate hcl er(diffus) oral tablet extended release 36 mg	Tier 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er(diffus) oral tablet extended release 54 mg	Tier 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	Tier 1	PA; QL (30 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	Tier 1	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
AMINOGLYCOSIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOGLYCOSIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin in saline intravenous solution</i>	Tier 1	
<i>gentamicin sulfate injection solution</i>	Tier 1	
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	Tier 1	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution</i>	Tier 4	SP; QL (10 mL per 1 day)
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (<i>upadacitinib</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (12 mL per 1 day)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>upadacitinib</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
HUMIRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 pen per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)s)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)s)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
SIMLANDI (1 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)s)
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab-ryvk</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golimumab</i>)	Tier 4	PA; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>golimumab</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 pen per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>golimumab</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)
*CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 2	ST; QL (2 capsules per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 200 mg</i>	Tier 2	ST; QL (2 capsule per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	Tier 2	ST; QL (1 capsule per 1 day)
*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS)*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>diclofenac potassium oral tablet</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	Tier 1	QL (5 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	Tier 1	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen</i> (Ibu Oral Tablet)	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (4 mL per 1 day)
<i>ibuprofen oral suspension 200 mg/10ml</i>	Tier 1	QL (4 mL per 1 day)
<i>ibuprofen oral tablet</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>indomethacin er oral capsule extended release</i>	Tier 1	QL (2 capsule per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsule per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	QL (4 capsule per 1 day)
<i>ketorolac tromethamine oral tablet</i>	Tier 1	QL (20 tablets per 30 days)
<i>meclofenamate sodium oral capsule</i>	Tier 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>meloxicam oral suspension</i>	Tier 1	ST; QL (10 mL per 1 day)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 750 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen dr oral tablet delayed release</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sulindac oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
OTEZLA ORAL TABLET (<i>apremilast</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>apremilast</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 pack per 1 one-time fill)
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>apremilast</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>apremilast</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 pack per 1 one-time fill)
*SELECTIVE COSTIMULATION MODULATORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>abatacept</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>abatacept</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 vials per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML (<i>abatacept</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML (<i>abatacept</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 injections per 28 days)
*SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 cartridges per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (8 injections per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (8 syringes per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 pens per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANALGESICS-SEDATIVES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>butalbital-apap-cafeine</i> (Bac (Butalbital-Acetamin-Caff) Oral Tablet)	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-cafeine oral capsule</i>	Tier 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-cafeine oral tablet</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-aspirin-cafeine oral capsule</i>	Tier 1	QL (6 capsules per 1 day)
TENCON ORAL TABLET (<i>butalbital-acetaminophen</i>)	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
*SALICYLATES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	Tier 1; \$0	
<i>diflunisal oral tablet</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>eq aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	Tier 1; \$0	
ANALGESICS - OPIOID - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*CODEINE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i>	Tier 1	PA; QL (90 mL per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-asa-caff-codeine</i> (Ascomp-Codeine Oral Capsule)	Tier 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule</i>	Tier 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule</i>	Tier 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
*HYDROCODONE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution</i>	Tier 1	PA; QL (90 mL per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	Tier 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (5 tablets per 1 day)
*OPIOID AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>codeine sulfate oral tablet</i>	Tier 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
DISKETTS ORAL TABLET SOLUBLE (<i>methadone hcl</i>)	Tier 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i>	Tier 2	PA; QL (15 patches per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid</i>	Tier 1	PA; QL (24 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>meperidine hcl oral solution</i>	Tier 1	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>meperidine hcl oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone hcl</i> (Methadone Hcl Intensol Oral Concentrate)	Tier 1	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral concentrate</i>	Tier 1	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral solution</i>	Tier 1	PA; QL (30 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>methadone hcl oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet soluble</i>	Tier 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methadone hcl</i> (Methadose Oral Tablet Soluble)	Tier 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml, 20 mg/ml</i>	Tier 1	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</i>	Tier 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	Tier 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	Tier 1	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	Tier 2	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral concentrate</i>	Tier 2	QL (6 ML per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	Tier 2	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet</i>	Tier 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet</i>	Tier 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (8 tablet per 1 day)
*OPIOID COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>oxycodone-acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet)	Tier 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
*OPIOID PARTIAL AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	Tier 4	LD; QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	Tier 4	LD; QL (1 syringe per 28 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	Tier 2	QL (16 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	Tier 2	QL (2 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	Tier 2	QL (16 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg</i>	Tier 2	QL (8 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	Tier 2	QL (4 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	Tier 1	QL (16 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	Tier 1	QL (2 bottles per 30 days)
*TRAMADOL COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
ANDROGENS-ANABOLIC - HORMONES		
*ANDROGENS*** - DRUGS FOR MEN		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>danazol oral capsule 200 mg</i>	Tier 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone Intramuscular Solution)	Tier 1	PA
<i>methitest oral tablet</i>	Tier 3	PA
<i>testosterone cypionate injection solution</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/lact (1.62%)</i>	Tier 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/lact (1%)</i>	Tier 2	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>	Tier 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	Tier 2	PA; QL (2 packets per 1 day)
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS - RECTAL PREPARATIONS		
*INTRARECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	Tier 1	
*RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream</i>	Tier 1	
*RECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>hydrocortisone (perianal) external cream</i>	Tier 1	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	Tier 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Med Hc External Cream)	Tier 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc External Cream)	Tier 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc External Cream)	Tier 1	
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTHELMINTICS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>benznidazole oral tablet</i>	Tier 3	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Tier 1	QL (9 tablets per 1 fill)
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 fill)
<i>praziquantel oral tablet</i>	Tier 2	
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART		
*NITRATES*** - DRUGS FOR ANGINA		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Bid Transdermal Ointment)	Tier 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</i>	Tier 1	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	Tier 2	
ANTIANXIETY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTIANXIETY AGENTS - MISC.** - DRUGS FOR ANXIETY		
<i>buspirone hcl oral tablet</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	Tier 1	
*BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg</i>	Tier 1	QL (12 tablets per 1 day)
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 1 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet dispersible</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg</i>	Tier 1	QL (12 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 1 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule</i>	Tier 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>diazepam</i> (Diazepam Intensol Oral Concentrate)	Tier 1	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral concentrate</i>	Tier 1	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral solution</i>	Tier 1	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral tablet</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	QL (12 tablets per 1 day)
<i>lorazepam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	Tier 2	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	Tier 1	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>mexiletine hcl oral capsule</i>	Tier 2	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>flecainide acetate oral tablet 150 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl oral tablet</i>	Tier 2	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE III*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>dofetilide oral capsule</i>	Tier 2	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 100 Mg)	Tier 1	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 200 Mg)	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ADRENERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> (Breyna Inhalation Aerosol)	Tier 2	QL (1.03 grams per 1 day)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	Tier 2	QL (1.03 grams per 1 day)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT (<i>mometasone furo-formoterol fum</i>)	Tier 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol</i>	Tier 1	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated</i>	Tier 1	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution</i>	Tier 1	QL (540 mL per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT (<i>fluticasone-umeclidin-vilant</i>)	Tier 2	QL (1 inhalers per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200-62.5-25 MCG/ACT (<i>fluticasone-umeclidin-vilant</i>)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated</i>	Tier 1	QL (1 inhaler per 30 days)
*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</i>	Tier 2	
*BETA ADRENERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ALBUTEROL SULFATE HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION	Tier 1	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>	Tier 1	QL (180 vials per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (5 mg/ml) 0.5%</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	Tier 1	
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</i>	Tier 1	QL (2 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>salmeterol xinafoate</i>)	Tier 2	QL (1 inhaler per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	Tier 1	QL (300 mL per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>tiotropium bromide</i>)	Tier 3	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>tiotropium bromide inhalation capsule</i>	Tier 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule</i>	Tier 2	QL (1 capsule per 1 day)
*LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>montelukast sodium oral packet</i>	Tier 1	QL (1 packet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zafirlukast oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>roflumilast oral tablet</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
*STEROID INHALANTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	Tier 2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (14 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	Tier 2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	Tier 2	QL (0.04 EA per 1 day)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	Tier 2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	Tier 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcglact, 50 mcglact</i>	Tier 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcglact</i>	Tier 2	QL (4 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcglact, 44 mcglact</i>	Tier 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcglact</i>	Tier 2	QL (2 inhalers per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>budesonide</i>)	Tier 2	QL (0.07 EA per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*XANTHINES*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>theophylline</i> (Elixophyllin Oral Elixir)	Tier 1	QL (112.5 mL per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline oral elixir</i>	Tier 1	QL (112.5 mL per 1 day)
<i>theophylline oral solution</i>	Tier 1	QL (112.5 mL per 1 day)
ANTICOAGULANTS - DRUGS FOR THE BLOOD		
*COUMARIN ANTICOAGULANTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet)	Tier 1	
<i>warfarin sodium oral tablet</i>	Tier 1	
*DIRECT FACTOR XA INHIBITORS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE (<i>apixaban</i>)	Tier 3	QL (32 tablet per 1 day)
ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE (<i>apixaban</i>)	Tier 3	QL (32 tablet per 1 day)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>apixaban</i>)	Tier 3	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>apixaban</i>)	Tier 3	QL (4 capsules per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (<i>apixaban</i>)	Tier 3	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (<i>apixaban</i>)	Tier 3	QL (74 tablets per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET SOLUBLE (<i>apixaban</i>)	Tier 3	QL (32 tablet per 1 day)
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted</i>	Tier 2	QL (20 mL per 1 day)
<i>rivaroxaban oral tablet</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rivaroxaban</i>)	Tier 3	QL (20 mL per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	Tier 3	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (<i>rivaroxaban</i>)	Tier 3	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>rivaroxaban</i>)	Tier 3	QL (1 pack per 1 day)
*LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>enoxaparin sodium injection solution</i>	Tier 4	QL (30 syringes per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe</i>	Tier 4	QL (30 syringes per 30 days)
*SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution</i>	Tier 4	QL (30 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
ANTICONVULSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>clonazepam oral tablet</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet dispersible</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
*ANTICONVULSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg</i>	Tier 1	QL (5 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral suspension</i>	Tier 1	QL (50 mL per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet chewable</i>	Tier 1	QL (10 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral capsule</i>	Tier 2	DO
<i>gabapentin oral solution</i>	Tier 2	QL (72 mL per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Tier 2	DO
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	Tier 1	DO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet chewable 5 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral solution</i>	Tier 2	QL (30 mL per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg</i>	Tier 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 2	DO
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	Tier 2	QL (40 mL per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 600 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 2	QL (3 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	Tier 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral solution</i>	Tier 2	QL (30 mL per 1 day)
<i>primidone oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate oral tablet</i>	Tier 1	DO
<i>zonisamide oral capsule</i>	Tier 2	QL (6 capsule per 1 day)
*CARBAMATES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>felbamate oral suspension</i>	Tier 2	QL (30 mL per 1 day)
<i>felbamate oral tablet</i>	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
*GABA MODULATORS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>tiagabine hcl oral tablet</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
*HYDANTOINS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
DILANTIN ORAL CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	Tier 3	
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek Oral Capsule)	Tier 1	
<i>phenytoin oral suspension</i>	Tier 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	Tier 1	
*SUCCINIMIDES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>ethosuximide oral capsule</i>	Tier 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral solution</i>	Tier 1	QL (30 mL per 1 day)
*VALPROIC ACID*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Tier 2	QL (7 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	Tier 2	QL (8 capsules per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg</i>	Tier 2	QL (7 tablets per 1 day)
<i>valproic acid oral capsule</i>	Tier 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>valproic acid oral solution</i>	Tier 1	
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>mirtazapine oral tablet</i>	Tier 1	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible</i>	Tier 1	
*ANTIDEPRESSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	Tier 1	DO
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (4.5 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	Tier 1	DO
*MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>phenelzine sulfate oral tablet</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet</i>	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
*SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>citalopram hydrobromide oral solution</i>	Tier 1	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl oral capsule</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl oral tablet</i>	Tier 1	
*SEROTONIN MODULATORS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	DO
<i>nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 250 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nefazodone hcl oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	DO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 2	DO
<i>vilazodone hcl oral tablet 40 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
*SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	DO
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg</i>	Tier 1	QL (6 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	Tier 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	Tier 2	QL (3 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg</i>	Tier 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Tier 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg</i>	Tier 1	ST; QL (6 tablets per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	Tier 1	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>venlafaxine hcl oral tablet</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
*TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	DO
<i>amitriptyline hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	DO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg</i>	Tier 2	DO
<i>clomipramine hcl oral capsule 50 mg</i>	Tier 2	QL (5 capsules per 1 day)
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	Tier 2	QL (3 capsules per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 2	DO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 150 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	DO
<i>doxepin hcl oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral concentrate</i>	Tier 1	QL (30 mL per 1 day)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Tier 1	DO
<i>imipramine hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	Tier 1	DO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral solution</i>	Tier 1	QL (75 mL per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
ANTIDIABETICS - HORMONES		
*ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>acarbose oral tablet</i>	Tier 1	
*BIGUANIDES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (5 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	Tier 1; \$0	QL (3 tablets per 1 day)
*DIABETIC OTHER*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>glucagon emergency injection kit</i>	Tier 2	QL (2 kits per 30 days)
<i>glucagon emergency injection solution reconstituted</i>	Tier 2	QL (2 kits per 30 days)
<i>glucose oral tablet chewable</i>	Tier 3	
TRUEPLUS GLUCOSE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>dextrose (diabetic use)</i>)	Tier 3	
*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin benzoate oral tablet</i>	Tier 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (<i>sitagliptin phos-metformin hcl</i>)	Tier 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin phos-metformin hcl</i>)	Tier 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 100-1000 mg</i>	Tier 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 50-1000 mg, 50-500 mg</i>	Tier 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*HUMAN INSULIN*** - DRUGS FOR DIABETES		
HUMALOG INJECTION SOLUTION (<i>insulin lispro</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin lispro</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	Tier 2	PA; QL (20 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	Tier 2	PA; QL (18 mL per 30 days)
<i>insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 200 unit/ml</i>	Tier 2	QL (18 mL per 30 days)
<i>insulin degludec subcutaneous solution</i>	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin glargine-yfqn subcutaneous solution</i>	Tier 3	QL (1 mL per 1 day)
<i>insulin glargine-yfqn subcutaneous solution pen-injector</i>	Tier 3	QL (1 mL per 1 day)
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector</i>	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro injection solution</i>	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector</i>	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector</i>	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin glargine</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	Tier 2	QL (18 mL per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin degludec</i>)	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>liraglutide subcutaneous solution pen-injector</i>	Tier 2	PA; QL (1 box (2 pens) per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	Tier 2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	Tier 2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	Tier 2	PA; QL (1 pen per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML (<i>dulaglutide</i>)	Tier 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>)	Tier 2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
*MEGLITINIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>repaglinide oral tablet</i>	Tier 1	
*SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>dapagliflozin oral tablet</i>	Tier 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet</i>	Tier 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JARDIANCE ORAL TABLET (<i>empagliflozin</i>)	Tier 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITOR-BIGUANIDE COMB*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg, 10-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg</i>	Tier 1	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg</i>	Tier 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg</i>	Tier 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY ORAL TABLET (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	Tier 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	Tier 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	Tier 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-500 MG, 5-500 MG (<i>dapagliflozin base-metformin</i>)	Tier 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (<i>dapagliflozin base-metformin</i>)	Tier 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>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
*SULFONYLUREAS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (16 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	Tier 1	QL (16 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
*THIAZOLIDINEDIONES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	Tier 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*ANTIPERISTALTIC AGENTS*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	Tier 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	Tier 1	
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	Tier 1	QL (8 capsules per 1 day)
MOTOFEN ORAL TABLET (<i>difenoxin-atropine</i>)	Tier 3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
*ANTIDOTES - CHELATING AGENTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
CHEMET ORAL CAPSULE (<i>succimer</i>)	Tier 3	
*OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
<i>ft naloxone hcl nasal liquid</i>	Tier 1	
<i>gnp naloxone hcl nasal liquid</i>	Tier 1	
KLOXXADO NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	Tier 2	QL (3 boxes per 3 months)
<i>naloxone hcl injection solution</i>	Tier 2	QL (6 vial per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	Tier 2	QL (6 syringes per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe</i>	Tier 2	QL (6 syringes per 90 days)
<i>naloxone hcl nasal liquid</i>	Tier 1	QL (6 nasal spray per 90 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	Tier 1	
NARCAN NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	Tier 1	QL (6 nasal spray per 90 days)
REXTOVY NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	Tier 2	QL (6 nasal sprays per 3 months)
REZENOPY NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	Tier 2	QL (3 cartons per 90 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>naltrexone</i>)	Tier 4	QL (1 vial per 28 days)
ZURNAI INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>nalmefene hcl</i>)	Tier 2	QL (6 auto-injector per 90 days)
ANTIEMETICS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	Tier 2	
<i>ondansetron hcl oral tablet</i>	Tier 2	
<i>ondansetron oral tablet dispersible</i>	Tier 2	
<i>palonosetron hcl intravenous solution</i>	Tier 2	
<i>palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	Tier 2	
*ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
<i>meclizine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour</i>	Tier 2	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule</i>	Tier 1	
*ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
<i>dronabinol oral capsule</i>	Tier 2	QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOID)*** - ANTIBIOTICS		
BREXAFEMME ORAL TABLET (<i>ibrexafungerp citrate</i>)	Tier 3	PA; QL (4 tablets per 1 month)
*ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR FUNGUS		
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet</i>	Tier 1	
<i>nystatin oral tablet</i>	Tier 1	
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
*IMIDAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS		
<i>ketoconazole oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*TRIAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS		
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Tier 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>itraconazole oral capsule</i>	Tier 2	PA; QL (126 capsule per 30 days)
ANTIHERISTAMINES - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ANTIHERISTAMINES - ETHANOLAMINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>carbinoxamine maleate oral solution</i>	Tier 1	ST; QL (20 mL per 1 day)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet</i>	Tier 1	ST; QL (6 tablets per 1 day)
<i>carbzah oral solution</i>	Tier 1	ST; QL (20 mL per 1 day)
<i>clemastine fumarate oral tablet</i>	Tier 1	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i>	Tier 2	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule</i>	Tier 1	
*ANTIHERISTAMINES - NON-SEDATING*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>desloratadine oral tablet</i>	Tier 1	ST
<i>desloratadine oral tablet dispersible</i>	Tier 1	
*ANTIHERISTAMINES - PHENOTHIAZINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>promethazine hcl oral solution 12.5 mg/10ml</i>	Tier 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>promethazine hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>promethazine hcl rectal suppository</i>	Tier 2	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg)	Tier 2	QL (6 suppositories per 1 day)
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 50 MG (<i>promethazine hcl</i>)	Tier 2	QL (1 suppository per 1 day)
*ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup</i>	Tier 1	
ANTHYPERLIPIDEMICS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANTHYPERLIPIDEMICS - MISC.*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</i>	Tier 1	PA; QL (4 capsules per 1 day)
*BILE ACID SEQUESTRANTS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>colesevelam hcl oral packet</i>	Tier 2	QL (1 packet per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral tablet</i>	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
*FIBRIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, 67 mg</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral tablet</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*HMG COA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1; \$0	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	Tier 1	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	Tier 2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	Tier 1; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	Tier 1; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1; \$0	DO
<i>pravastatin sodium oral tablet 80 mg</i>	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 2; \$0	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg</i>	Tier 2	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1; \$0	DO
<i>simvastatin oral tablet 40 mg</i>	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
*INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe oral tablet</i>	Tier 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*NICOTINIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	Tier 1	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	Tier 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*PCSK9 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>evolocumab</i>)	Tier 3	PA; QL (1 cartridge per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>evolocumab</i>)	Tier 3	PA; QL (3 syringes per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>evolocumab</i>)	Tier 3	PA; QL (3 syringes per 28 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>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg</i>	Tier 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 5-10 mg, 5-20 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
*ACE INHIBITORS & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*ACE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>benazepril hcl oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>benazepril hcl oral tablet 40 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (16 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (16 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 40 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (32 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (16 tablets per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 40 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (16 tablets per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg</i>	Tier 1	DO
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (8 capsules per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule</i>	Tier 2	PA; QL (12 capsules per 1 day)
*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>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	DO
<i>irbesartan oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	DO
<i>losartan potassium oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	Tier 2	DO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 160 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	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>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg</i>	Tier 1	DO
<i>clonidine hcl oral tablet 0.2 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>clonidine hcl oral tablet 0.3 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	DO
<i>methyldopa oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prazosin hcl oral capsule</i>	Tier 1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>terazosin hcl oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
*BETA BLOCKER & DIURETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
*VASODILATORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>hydralazine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
<i>minoxidil oral tablet</i>	Tier 1	
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>metronidazole oral capsule</i>	Tier 1	
<i>metronidazole oral tablet</i>	Tier 1	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	QL (5 tablets per 28 days)
<i>tinidazole oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (20 tablets per 1 fill)
<i>trimethoprim oral tablet</i>	Tier 1	
*ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> (Sulfatrim Pediatric Oral Suspension)	Tier 1	
*ANTIPROTOZOAL AGENTS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>nitazoxanide oral tablet</i>	Tier 2	QL (6 tablets per 1 fill)
*CARBAPENEMS*** - ANTIBIOTICS		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	Tier 2	
*GLYCOPEPTIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	Tier 2	QL (120 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	QL (240 capsules per 30 days)
*LEPROSTATICS*** - ANTIBIOTICS		
<i>dapsone oral tablet</i>	Tier 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*LINCOSAMIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>clindamycin hcl oral capsule</i>	Tier 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</i>	Tier 1	
*MONOBACTAMS*** - ANTIBIOTICS		
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aztreonam lysine</i>)	Tier 4	SP; LD; QL (3 vials per 1 day)
*OXAZOLIDINONES*** - ANTIBIOTICS		
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	Tier 2	PA; QL (900 mL per 30 days)
<i>linezolid oral tablet</i>	Tier 2	PA; QL (28 tablets per 30 days)
*POLYMYXINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</i>	Tier 1	
*URINARY ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS		
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</i>	Tier 1	
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIMALARIAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</i>	Tier 1	
COARTEM ORAL TABLET (<i>artemether-lumefantrine</i>)	Tier 3	
*ANTIMALARIALS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i>	Tier 1	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	Tier 1	QL (5 tablets per 28 days)
<i>primaquine phosphate oral tablet</i>	Tier 3	
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	Tier 2	PA; QL (60 capsules per 30 days)
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
*ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i>	Tier 2	
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS*** - ANTIBIOTICS		
<i>cycloserine oral capsule</i>	Tier 2	
<i>ethambutol hcl oral tablet</i>	Tier 2	
<i>isoniazid oral syrup</i>	Tier 1	
<i>isoniazid oral tablet</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
PRIFTIN ORAL TABLET (<i>rifapentine</i>)	Tier 3	
<i>pyrazinamide oral tablet</i>	Tier 2	
<i>rifabutin oral capsule</i>	Tier 2	
<i>rifampin oral capsule</i>	Tier 2	
<i>rifapentine oral tablet</i>	Tier 2	
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES - DRUGS FOR CANCER		
*ALKYLATING AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
MYLERAN ORAL TABLET (<i>busulfan</i>)	Tier 4; OC	OC
*ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day); OC
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>abiraterone acetate</i> (Abitrega Oral Tablet)	Tier 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day); OC
*ANTIADRENALS*** - DRUGS FOR CANCER		
LYSODREN ORAL TABLET (<i>mitotane</i>)	Tier 4; OC	LD; QL (38 tablets per 1 day); OC
*ANTIANDROGENS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bicalutamide oral tablet</i>	Tier 2; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>nilutamide oral tablet</i>	Tier 4; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
XTANDI ORAL CAPSULE (<i>enzalutamide</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
*ANTIESTROGENS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	Tier 2; OC; \$0	OC
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	Tier 4; OC	OC
*ANTIMETABOLITES*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>capecitabine oral tablet</i>	Tier 4; OC	PA; SP; OC
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	Tier 2; OC	OC
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	Tier 2; OC	OC
TABLOID ORAL TABLET (<i>thioguanine</i>)	Tier 4; OC	OC
*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
XALKORI ORAL CAPSULE (<i>crizotinib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bosutinib oral tablet 100 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day); OC
<i>bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>dasatinib oral tablet</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day); OC
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG (<i>ponatinib hcl</i>)	Tier 4; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG (<i>ponatinib hcl</i>)	Tier 4; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>nilotinib hcl oral capsule</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (4 capsule per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - BRAF KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TAFINLAR ORAL CAPSULE (<i>dabrafenib mesylate</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
ZELBORAF ORAL TABLET (<i>vemurafenib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (<i>ibrutinib</i>)	Tier 4; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	Tier 4; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET (<i>ibrutinib</i>)	Tier 4; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cetuximab</i>)	Tier 4	PA; SP
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day); OC
GILOTRIF ORAL TABLET (<i>afatinib dimaleate</i>)	Tier 4; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (<i>vismodegib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*ANTINEOPLASTIC - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ZOLINZA ORAL CAPSULE (<i>vorinostat</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - IMMUNOMODULATORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>pomalidomide oral capsule</i>	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
*ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>everolimus oral tablet</i>	Tier 4; OC	PA; SP; OC
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	Tier 4; OC	PA; SP; OC
<i>everolimus</i> (Torpenz Oral Tablet)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; OC
*ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (<i>vandetanib</i>)	Tier 4; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (<i>vandetanib</i>)	Tier 4; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 dose pack per 28 days); OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 dose pack per 28 days); OC
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 dose pack per 28 days); OC
<i>lapatinib ditosylate oral tablet</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day); OC
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day); OC
<i>pazopanib hcl oral tablet 400 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>sorafenib tosylate oral tablet</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day); OC
STIVARGA ORAL TABLET (<i>regorafenib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (84 tablets per 28 days); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>sunitinib malate oral capsule</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTICS MISC.*** - DRUGS FOR CANCER		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>interferon gamma-1b</i>)	Tier 4	PA; SP; LD
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	Tier 2; OC	OC
MATULANE ORAL CAPSULE (<i>procarbazine hcl</i>)	Tier 4; OC	LD; OC
*AROMATASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>anastrozole oral tablet</i>	Tier 2; OC; \$0	OC
<i>exemestane oral tablet</i>	Tier 2; OC; \$0	OC
<i>letrozole oral tablet</i>	Tier 2; OC; \$0	OC
*CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IBRANCE ORAL CAPSULE (<i>palbociclib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (21 tablets per 28 days); OC
IBRANCE ORAL TABLET 125 MG (<i>palbociclib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ESTROGEN RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe</i>	Tier 4	SP
*FOLIC ACID ANTAGONISTS RESCUE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
LEDERLE LEUCOVORIN ORAL TABLET (<i>leucovorin calcium</i>)	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>leucovorin calcium oral tablet</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
*IMIDAZOTETRAZINES*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (2 capsule per 1 day); OC
<i>temozolomide oral capsule 140 mg, 180 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day); OC
<i>temozolomide oral capsule 20 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (4 capsule per 1 day); OC
<i>temozolomide oral capsule 5 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (3 capsule per 1 day); OC
*JANUS ASSOCIATED KINASE (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
JAKAFI ORAL TABLET (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
*LHRH ANALOGS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>leuprolide acetate injection kit</i>	Tier 4	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*MITOTIC INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>etoposide oral capsule</i>	Tier 4; OC	SP; OC
*NITROGEN MUSTARDS AND RELATED ANALOGUES*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	Tier 4; OC	SP; OC
LEUKERAN ORAL TABLET (<i>chlorambucil</i>)	Tier 3; OC	OC
*NITROSOUREAS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>lomustine oral capsule</i>	Tier 4; OC	PA; SP; OC
*PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ZYDELIG ORAL TABLET (<i>idelalisib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
*POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
LYNPARZA ORAL TABLET (<i>olaparib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
*RETINOIDS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>tretinoin oral capsule</i>	Tier 2; OC	OC
*SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bexarotene oral capsule</i>	Tier 4; OC	PA; SP; QL (10 capsules per 1 day); OC
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE (<i>topotecan hcl</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; OC
*VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (<i>axitinib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (<i>axitinib</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>benztropine mesylate oral tablet</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	Tier 2	QL (4 capsule per 1 day)
<i>amantadine hcl oral solution</i>	Tier 2	QL (40 mL per 1 day)
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	Tier 2	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet</i>	Tier 1	
*ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	Tier 2	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	Tier 2	
*DECARBOXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa oral tablet</i>	Tier 2	
*LEVODOPA COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</i>	Tier 2	
*NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>apomorphine hcl</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (2 mL per 1 day)
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge</i>	Tier 4	PA; SP; QL (2 mL per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	Tier 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl oral tablet</i>	Tier 1	
*PERIPHERAL COMT INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>entacapone oral tablet</i>	Tier 2	QL (8 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>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	QL (12 capsules per 1 day)
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	QL (6 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>lithium carbonate oral capsule 600 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>lithium oral solution</i>	Tier 1	
*ANTIPSYCHOTICS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg</i>	Tier 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
*BENZISOXAZOLES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>risperidone oral solution</i>	Tier 1	PA; QL (8 mL per 1 day)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg</i>	Tier 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
*BUTYROPHENONES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
*DIBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	PA; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	Tier 2	PA; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	Tier 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	Tier 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
*DIBENZOTHIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	PA; QL (5 tablets per 1 day)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Tier 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*DIBENZOXAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>loxapine succinate oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	PA; QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*PHENOTHIAZINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	Tier 1	PA; QL (8 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	Tier 1	PA; QL (80 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg</i>	Tier 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>perphenazine oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 8 mg</i>	Tier 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	Tier 1	PA
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>thioridazine hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
*QUINOLINONE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>aripiprazole oral solution</i>	Tier 2	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*THIENBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	Tier 2	PA; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	Tier 2	PA; DO
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg</i>	Tier 2	PA; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 20 mg</i>	Tier 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*THIOXANTHENES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; DO
<i>thiothixene oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
ANTIVIRALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIRETROVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
BIKTARVY ORAL TABLET (<i>bictegravir-emtricitab-tenofovir</i>)	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	Tier 2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET (<i>dolutegravir-lamivudine</i>)	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Tier 2	QL (10 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofdf</i>)	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET (<i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i>)	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>trimeq pd oral tablet soluble</i>	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR)*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>maraviroc oral tablet</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>enfuvirtide</i>)	Tier 2	LD; QL (2 vials per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
ISENTRESS ORAL TABLET (<i>raltegravir potassium</i>)	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Tier 2	QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET (<i>dolutegravir sodium</i>)	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (<i>dolutegravir sodium</i>)	Tier 2	QL (12 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
APTIVUS ORAL CAPSULE (<i>tipranavir</i>)	Tier 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Tier 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	Tier 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION (<i>darunavir</i>)	Tier 2	QL (14 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (<i>darunavir</i>)	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir</i>)	Tier 2	QL (10 tablets per 1 day)
<i>ritonavir oral tablet</i>	Tier 2	QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	Tier 2	QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE (<i>rilpivirine hcl</i>)	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>efavirenz oral tablet</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET (<i>etravirine</i>)	Tier 2	QL (16 tablets per 1 day)
<i>nevirapine oral suspension</i>	Tier 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>nevirapine oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>rilpivirine hcl oral tablet</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir sulfate oral solution</i>	Tier 1	QL (32 mL per 1 day)
<i>abacavir sulfate oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>emtricitabine oral capsule</i>	Tier 2; \$0	QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION (<i>emtricitabine</i>)	Tier 2	QL (29 mL per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>zidovudine oral capsule</i>	Tier 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>zidovudine oral syrup</i>	Tier 1	QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	Tier 2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	Tier 2	QL (8 grams per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*ANTIVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	Tier 2	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	Tier 2	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	Tier 2	QL (1 pack per 90 days)
*CMV AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	Tier 4	
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	Tier 4	
*HEPATITIS B AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet</i>	Tier 4	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
BARACLUDE ORAL SOLUTION (<i>entecavir</i>)	Tier 4	PA; QL (20 mL per 1 day)
VEMLIDY ORAL TABLET (<i>tenofovir alafenamide fumarate</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
*HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET	Tier 3	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
*HEPATITIS C AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Tier 4	SP; LD; QL (4 vials per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Tier 4	SP; LD; QL (4 syringes per 28 days)
<i>ribavirin oral capsule</i>	Tier 4	SP; QL (6 capsules per 1 day)
<i>ribavirin oral tablet</i>	Tier 4	SP; QL (6 tablets per 1 day)
*HERPES AGENTS - PURINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir oral capsule</i>	Tier 1	
<i>acyclovir oral suspension</i>	Tier 1	
<i>acyclovir oral tablet</i>	Tier 1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	Tier 1	QL (30 tablets per 30 days)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (60 tablets per 30 days)
*HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	QL (60 tablets per 1 fill)
<i>famciclovir oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (21 tablets per 1 fill)
*INFLUENZA AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>rimantadine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
*MISC. ANTIVIRALS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE (<i>molnupiravir</i>)	Tier 3	QL (40 capsules per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*NEURAMINIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Tier 2	QL (20 capsules per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>	Tier 2	QL (10 capsules per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	Tier 2	QL (10 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	Tier 2	QL (180 mL per 90 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>zanamivir</i>)	Tier 2	QL (1 package per 90 days)
*PA ENDONUCLEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>baloxavir marboxil</i>)	Tier 3	QL (1 pack per 1 fill)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>baloxavir marboxil</i>)	Tier 3	QL (1 pack per 1 fill)
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>	Tier 1	DO
<i>carvedilol oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
*BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acebutolol hcl oral capsule</i>	Tier 1	
<i>atenolol oral tablet</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl oral tablet</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i>	Tier 1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i>	Tier 1	
*BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg</i>	Tier 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>propranolol hcl oral solution</i>	Tier 1	QL (80 mL per 1 day)
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Tier 1	DO
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	Tier 2	QL (3 tablet per 1 day)
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 160 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	Tier 2	QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	DO
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART		
*CALCIUM CHANNEL BLOCKERS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	DO
<i>amlodipine besylate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg)	Tier 1	DO
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 180 Mg)	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg)	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 300 Mg)	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	Tier 1	DO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	Tier 1	DO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg</i>	Tier 2	QL (2 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg</i>	Tier 2	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 90 mg</i>	Tier 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	Tier 1	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg</i>	Tier 1	DO
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	DO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablet per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	Tier 1	DO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	DO
<i>diltiazem hcl</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg)	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 240 Mg)	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>	Tier 2	DO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i>	Tier 2	DO
<i>nifedipine oral capsule 20 mg</i>	Tier 2	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg</i>	Tier 2	DO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg)	Tier 1	DO
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 180 Mg)	Tier 1	QL (3 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
diltiazem hcl er beads (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg)	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er beads (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg	Tier 1	DO
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	Tier 1	QL (2 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg	Tier 1	DO
verapamil hcl er oral tablet extended release 180 mg, 240 mg	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
verapamil hcl oral tablet 120 mg	Tier 1	QL (4 tablet per 1 day)
verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg	Tier 1	DO
CARDIOTONICS - DRUGS FOR THE HEART		
*CARDIAC GLYCOSIDES*** - DRUGS FOR THE HEART		
digoxin (Digox Oral Tablet 125 Mcg)	Tier 1	DO
digoxin (Digox Oral Tablet 250 Mcg)	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
digoxin oral solution	Tier 1	QL (10 mL per 1 day)
digoxin oral tablet 125 mcg	Tier 1	DO
digoxin oral tablet 250 mcg	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
digoxin oral tablet 62.5 mcg	Tier 2	DO
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 62.5 MCG (digoxin)	Tier 3	DO
LANOXIN ORAL TABLET 250 MCG (digoxin)	Tier 3	QL (2 tablets per 1 day)
CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE HEART		
*CALCIUM CHANNEL BLOCKER & HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
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	Tier 1	DO
*NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*PROSTAGLANDIN VASODILATORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
treprostinil injection solution	Tier 4	PA; SP; LD
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (iloprost)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (9 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*PULM HYPERTEN-SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ADEMPAS ORAL TABLET (<i>riociguat</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (3 tablets per 1 day)
*PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>ambrisentan oral tablet</i>	Tier 4	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
*PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>alyq oral tablet</i>	Tier 4	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
<i>tadalafil (pah) oral tablet</i>	Tier 4	PA; SP; QL (2 tablet per 1 day)
*SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART		
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	PA; BE
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; BE; QL (30 tablets per 30 days)
CEPHALOSPORINS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefadroxil oral capsule</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral capsule</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral tablet</i>	Tier 1	
*CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour</i>	Tier 2	
<i>cefaclor oral capsule</i>	Tier 1	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral tablet</i>	Tier 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	Tier 1	
*CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefdinir oral capsule</i>	Tier 1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>cefixime oral capsule</i>	Tier 2	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</i>	Tier 2	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	Tier 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR WOMEN		
*BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL *** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Azurette Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kariva Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (<i>norethin-eth estrad-fe biphas</i>)	Tier 2; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Pimtreea Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Simliya Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>viorele oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Volnea Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL *** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Afirmelle Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Altavera Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>alyacen 1/35 oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Apri Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aubra Eq Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela 24 Fe Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
AVERI ORAL TABLET (<i>desogestrel-eth estrad-fe</i>)	Tier 3; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aviane Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Ayuna Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Balziva Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi 24 Fe Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi Fe 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>briellyn oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Charlotte 24 Fe Oral Tablet Chewable)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Chateal Eq Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Cryselle Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Cryselle-28 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Eq Oral Tablet)	Tier 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Delyla Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Elinest Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enskyce Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Estarylla Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Falmina Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Feirza 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Feirza 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
FEMLYV ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>)	Tier 3; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Finzala Oral Tablet Chewable)	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Galbriela Oral Tablet Chewable)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Gemmily Oral Capsule)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Hailey 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey 24 Fe Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Isibloom Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>jasmiel oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i> (Joyeaux Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Juleber Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 24 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Kaitlib Fe Oral Tablet Chewable)	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kalliga Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/35 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Kurvelo Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin 24 Fe Oral Tablet)	Tier 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lessina Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Levora 0.15/30 (28) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Loryna Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Low-Ogestrel Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Lo-Zumandimine Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Luizza 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Luizza 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lutera Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>marlissa oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Merzee Oral Capsule)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1/20 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mili Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i> (Minzoya Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mono-Linyah Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET (<i>drospirenone-estetrol</i>)	Tier 3; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Nikki Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable</i>	Tier 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nylia 1/35 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Ocella Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Orsythia Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Philith Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Portia-28 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Reclipsen Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Sprintec 28 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Sronyx Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Syeda Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina 24 Fe Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina Fe 1/20 Eq Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Taysofy Oral Capsule)	Tier 1; \$0	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Turqoz Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE (<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>)	Tier 3; \$0	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> (Tydemy Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Valtya 1/35 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
VALTYA 1/50 ORAL TABLET (<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>)	Tier 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Vestura Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Vienva Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Vyfemla Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Vylibra Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Wera Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Wymzya Fe Oral Tablet Chewable)	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Xelria Fe Oral Tablet Chewable)	Tier 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Zovia 1/35 (28) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Zumandimine Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL *** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly</i>	Tier 1; \$0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>)	Tier 3; \$0	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Xulane Transdermal Patch Weekly)	Tier 1; \$0	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Zafemy Transdermal Patch Weekly)	Tier 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
ANNOVERA VAGINAL RING (<i>segesterone-ethinyl estradiol</i>)	Tier 3; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Eluryng Vaginal Ring)	Tier 1; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring)	Tier 1; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</i>	Tier 1; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring)	Tier 1; \$0	
*CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Amethyst Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Dolishale Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
*EMERGENCY CONTRACEPTIVES*** - BIRTH CONTROL PILLS		
AFTERA ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
AFTERPILL ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
ELLA ORAL TABLET (<i>ulipristal acetate</i>)	Tier 3; \$0	
HER STYLE ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
<i>levonorgestrel oral tablet</i>	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
MY CHOICE ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
MY WAY ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
NEW DAY ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
OPTION 2 ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
PLAN B ONE-STEP ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
REACT ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
TAKE ACTION ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
*EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Ashlyna Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Lo Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Daysee Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Iclevia Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Introvale Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jaimiess Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jolessa Oral Tablet)	Tier 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Lojaimiess Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Rivelsa Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Rosyrh Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Setlaklin Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Simpesse Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
*FOUR PHASE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
NATAZIA ORAL TABLET (<i>estradiol valerate-dienogest</i>)	Tier 2; \$0	
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE*** - BIRTH CONTROL PILLS		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	Tier 3; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</i>	Tier 1; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</i>	Tier 1; \$0	
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Deblitane Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Emzahn Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Errin Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Incassia Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Jencycla Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Lyleq Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Lyza Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Meleya Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Nora-Be Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Norlyda Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Norlyroc Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
OPILL ORAL TABLET (<i>norgestrel</i>)	Tier 2	
<i>norethindrone</i> (Orquidea Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Sharobel Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
SLYND ORAL TABLET (<i>drospirenone</i>)	Tier 3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
ARANELLE ORAL TABLET (<i>norethin-eth estrad triphasic</i>)	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Dasetta 7/7/7 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Enpresse-28 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Leena Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Levonest Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nortrel 7/7/7 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nylia 7/7/7 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Pirmella 7/7/7 Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tilia Fe Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri Femynor Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Estarylla Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tri-Legest Fe Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Linyah Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Mili Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Mili Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Sprintec Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Trivora (28) Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Vylibra Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
VELIVET ORAL TABLET (<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>)	Tier 1; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Xarah Fe Oral Tablet)	Tier 1; \$0	
CORTICOSTEROIDS - HORMONES		
*GLUCOCORTICOSTEROIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i>	Tier 2	QL (3 capsule per 1 day)
<i>dexamethasone oral elixir</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral solution</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>hydrocortisone oral tablet</i>	Tier 1	
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	Tier 1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack</i>	Tier 1	
<i>prednisolone oral solution</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral solution</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral tablet</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	Tier 1	
*MINERALOCORTICIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
<i>fludrocortisone acetate oral tablet</i>	Tier 1	
COUGH/COLD/ALLERGY - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>benzonatate oral capsule</i>	Tier 1	
*ANTITUSSIVE - OPIOID*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution</i>	Tier 1	QL (150 mL per 5 days)
<i>hydromet oral solution</i>	Tier 1	QL (150 mL per 5 days)
*MUCOLYTICS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
<i>acetylcysteine inhalation solution</i>	Tier 2	
*NON-NARC ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>promethazine-dm oral syrup 15-6.25 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (2 fills per 30 days)
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (2 fills per 30 days)
*NON-NARC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>bromphen-pseudoeph-dm oral syrup</i>	Tier 1	
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup</i>	Tier 1	
*OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release</i>	Tier 1	PA; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-codeine oral solution</i>	Tier 1	PA; QL (150 mL per 5 days)
<i>promethazine-codeine oral syrup</i>	Tier 1	PA; QL (150 mL per 5 days)
DERMATOLOGICALS - DRUGS FOR THE SKIN		
*ACNE ANTIBIOTICS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin Etz External Swab)	Tier 1	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin External Foam)	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin-P External Swab)	Tier 1	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel</i>	Tier 1	QL (75 ml/gm per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel</i>	Tier 1	QL (75 ml/gm per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external foam</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	Tier 1	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	Tier 1	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external swab</i>	Tier 1	QL (2 pads per 1 day)
<i>dapsone external gel</i>	Tier 2	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>ery external pad</i>	Tier 1	QL (2 pads per 1 day)
<i>erythromycin external gel</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external solution</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</i>	Tier 1	
*ACNE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel</i>	Tier 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	Tier 1	QL (46.6 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	Tier 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	Tier 1	QL (50 grams per 30 days)
*ACNE PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>adapalene external cream</i>	Tier 1	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
<i>adapalene external gel</i>	Tier 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>isotretinoin</i> (Amnesteem Oral Capsule)	Tier 2	PA
<i>benzoyl peroxide external gel</i>	Tier 1	QL (6 grams per 1 day)
<i>benzoyl peroxide wash external liquid</i>	Tier 1	
<i>isotretinoin</i> (Claravis Oral Capsule)	Tier 2	PA
<i>tretinoin external cream</i>	Tier 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin external gel</i>	Tier 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>isotretinoin</i> (Zenatane Oral Capsule)	Tier 2	PA
*ANTIBIOTICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>mupirocin external ointment</i>	Tier 1	QL (30 grams per 1 fill)
*ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	Tier 1	QL (180 grams per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion</i>	Tier 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external cream</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
*ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ciclopirox</i> (Ciclodan External Solution)	Tier 1	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external gel</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>ciclopirox external shampoo</i>	Tier 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external solution</i>	Tier 1	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream</i>	Tier 1	QL (90 grams per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>nystatin</i> (Nyamyc External Powder)	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystatin external cream</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external ointment</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external powder</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystatin</i> (Nystop External Powder)	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
*ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL *** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>fluorouracil external cream</i>	Tier 1	PA; QL (40 grams per 365 days)
<i>fluorouracil external solution</i>	Tier 1	PA; QL (10 ML per 365 days)
*ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg</i>	Tier 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>acitretin oral capsule 25 mg</i>	Tier 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	Tier 2	SP
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-aekn</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 vial per 84 days)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ustekinumab-aekn</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 syringe per 84 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 unit per 12 weeks)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 unit per 12 weeks)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 55 MG/0.37ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 prefilled syringe per 84 days)
<i>ustekinumab subcutaneous solution</i>	Tier 4	PA; SP; QL (1 syringe per 12 weeks)
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe</i>	Tier 4	PA; SP; QL (1 syringe per 12 weeks)
*ANTIPSORIATICS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene external cream</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment</i>	Tier 2	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external solution</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>calcipotriene</i> (Calcitrene External Ointment)	Tier 2	QL (120 grams per 30 days)
PELLIX EXTERNAL SOLUTION (<i>calcipotriene</i>)	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
*ANTISEBORRHEIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>selenium sulfide external lotion</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*ANTIVIRALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acyclovir external ointment</i>	Tier 1	QL (30 grams per 30 days)
*BURN PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	Tier 1	
*CORTICOSTEROIDS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>alclometasone dipropionate external cream</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment</i>	Tier 1	QL (2 grams per 1 day)
<i>amcinonide external cream</i>	Tier 1	QL (2 grams per 1 day)
<i>amcinonide external ointment</i>	Tier 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream</i>	Tier 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel</i>	Tier 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment</i>	Tier 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream</i>	Tier 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment</i>	Tier 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream</i>	Tier 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external foam</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	Tier 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>clobetasol prop emollient base external cream</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion external foam</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external foam</i>	Tier 1	QL (100 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external lotion</i>	Tier 1	QL (118 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external shampoo</i>	Tier 1	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>clobetasol propionate external solution</i>	Tier 1	QL (50 mL per 30 days)
<i>clocortolone pivalate external cream</i>	Tier 2	QL (90 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> (Clodan External Shampoo)	Tier 1	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>desonide external cream</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>desonide external lotion</i>	Tier 1	QL (118 mL per 30 days)
<i>desonide external ointment</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external cream</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>desoximetasone external gel</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external ointment</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> (Evesse External Lotion)	Tier 2	QL (5 vials per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil</i>	Tier 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	Tier 1	QL (90 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil</i>	Tier 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream</i>	Tier 1	QL (2 grams per 1 day)
<i>fluocinonide external cream</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external gel</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external solution</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluticasone propionate external lotion</i>	Tier 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate external ointment</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>halcinonide external cream</i>	Tier 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external cream</i>	Tier 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment</i>	Tier 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external cream</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external lotion</i>	Tier 2	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>hydrocortisone butyrate external ointment</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external solution</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream</i>	Tier 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion</i>	Tier 1	QL (118 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment</i>	Tier 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external cream</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external ointment</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream</i>	Tier 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external ointment</i>	Tier 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external solution</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion</i> (Tovet External Foam)	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream</i>	Tier 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %</i>	Tier 1	QL (454 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %</i>	Tier 2	QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %</i>	Tier 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>triamcinolone in absorbase external ointment</i>	Tier 2	QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide</i> (Triderm External Cream)	Tier 1	QL (454 grams per 30 days)
*EMOLLIENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ammonium lactate external cream</i>	Tier 1	QL (450 grams per 30 days)
<i>ammonium lactate external lotion</i>	Tier 1	
*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clotrimazole anti-fungal external cream</i>	Tier 1	QL (113 grams per 30 days)
<i>clotrimazole external cream</i>	Tier 1	QL (113 grams per 30 days)
<i>clotrimazole external solution</i>	Tier 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream</i>	Tier 1	QL (85 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external cream</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external foam</i>	Tier 2	QL (100 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo</i>	Tier 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>ketoconazole</i> (Ketodan External Foam)	Tier 2	QL (100 grams per 30 days)
*IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>imiquimod external cream</i>	Tier 1	PA; QL (48 packets per 365 days)
*KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>podofilox external solution</i>	Tier 1	QL (7 mL per 28 days)
*LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>lidocaine external ointment</i>	Tier 1	QL (5 grams per 1 day)
*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>pimecrolimus external cream</i>	Tier 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>tacrolimus external ointment</i>	Tier 1	PA; QL (100 grams per 30 days)
*ROSACEA AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>azelaic acid external gel</i>	Tier 2	QL (50 grams per 30 days)
<i>doxycycline oral capsule delayed release</i>	Tier 2	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>metronidazole external cream</i>	Tier 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	Tier 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	Tier 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>metronidazole external lotion</i>	Tier 1	QL (59 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*SCABICIDES & PEDICULICIDES*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>malathion external lotion</i>	Tier 1	QL (4 mL per 1 day)
<i>permethrin external cream</i>	Tier 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>spinosad external suspension</i>	Tier 1	QL (120 mL per 7 days)
*TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	Tier 1	QL (1 gram per 1 day)
<i>lidocaine-prilocaine external kit</i>	Tier 1	QL (1 kit per 30 days)
*TOPICAL STEROID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment</i>	Tier 2	ST; QL (400 grams per 28 days)
DIAGNOSTIC PRODUCTS		
*DIAGNOSTIC DRUGS***		
<i>glucagon hcl (diagnostic) injection solution reconstituted</i>	Tier 2	
*DIAGNOSTIC TESTS***		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	ST; QL (204 strips per 30 days)
CHEMSTRIP K IN VITRO STRIP (<i>acetone (urine) test</i>)	Tier 3	
<i>ketone test in vitro strip</i>	Tier 3	
KETOSTIX IN VITRO STRIP (<i>acetone (urine) test</i>)	Tier 3	
RELION KETONE TEST IN VITRO STRIP (<i>acetone (urine) test</i>)	Tier 3	
DIETARY PRODUCTS/DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*NUTRITIONAL SUPPLEMENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ESSENTIAL CARE JR ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Tier 3	
FIBERSOURCE HN ENTERAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Tier 3	
FIBERSOURCE HN ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Tier 3	
KATE FARMS STANDARD 1.0 ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Tier 3	
DIGESTIVE AIDS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*DIGESTIVE ENZYMES*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	Tier 2	QL (25 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
DIURETICS - DRUGS FOR THE HEART		
*CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour</i>	Tier 1	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	Tier 1	
<i>methazolamide oral tablet</i>	Tier 2	
*DIURETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Tier 1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hctz oral capsule</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hctz oral tablet</i>	Tier 1	
*LOOP DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>bumetanide oral tablet</i>	Tier 1	
<i>ethacrynic acid oral tablet</i>	Tier 2	
<i>furosemide oral solution</i>	Tier 1	
<i>furosemide oral tablet</i>	Tier 1	
<i>torsemide oral tablet</i>	Tier 1	
*POTASSIUM SPARING DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amiloride hcl oral tablet</i>	Tier 2	
<i>spironolactone oral tablet</i>	Tier 1	
<i>triamterene oral capsule</i>	Tier 2	
*THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>chlorthalidone oral tablet</i>	Tier 1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule</i>	Tier 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Tier 1	
<i>indapamide oral tablet</i>	Tier 1	
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC. - HORMONES		
*ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>mifepristone oral tablet</i>	Tier 1	\$0 for Fully insured members in California
*BISPHOSPHONATES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>alendronate sodium oral solution</i>	Tier 1	QL (10.72 mg per 1 day)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)	Tier 3	QL (0.15 tablets per 1 day)
<i>ibandronate sodium oral tablet</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Tier 2	QL (0.04 tablet per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 28 days)
*CALCIMIMETIC AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Tier 4	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Tier 4	PA; QL (4 tablets per 1 day)
*CALCITONINS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	Tier 2	QL (0.13 mL per 1 day)
*CARNITINE REPLENISHER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>levocarnitine oral solution</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	Tier 2	
<i>levocarnitine sf oral solution</i>	Tier 1	
*DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>cabergoline oral tablet</i>	Tier 1	QL (0.58 tablets per 1 day)
*GROWTH HORMONES*** - DRUGS FOR GROWTH		
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>somatropin</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (1 vial per 1 day)
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (1 vial per 1 day)
*HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>nitisinone oral capsule</i>	Tier 4	PA; LD
*HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>betaine oral powder</i>	Tier 4	LD
*HYPERAMMONEMIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>carglumic acid oral tablet soluble</i>	Tier 4	PA; LD
*HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>paricalcitol oral capsule</i>	Tier 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>chorionic gonadotropin intramuscular solution reconstituted</i>	Tier 4	PA; SP; BE
*PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Tablet)	Tier 4	PA; LD
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	Tier 4	PA; SP
*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS)*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>raloxifene hcl oral tablet</i>	Tier 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
*SOMATOSTATIC AGENTS*** - DRUGS FOR GROWTH		
<i>octreotide acetate intramuscular kit 10 mg, 30 mg</i>	Tier 4	PA; SP; QL (1 kit per 28 days)
<i>octreotide acetate intramuscular kit 20 mg</i>	Tier 4	PA; SP; QL (2 kits per 28 days)
*UREA CYCLE DISORDER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	Tier 4	PA; SP; QL (40 tablets per 1 day)
*VASOPRESSIN*** - HORMONES		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution</i>	Tier 2	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg</i>	Tier 1	DO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>desmopressin acetate spray nasal solution</i>	Tier 2	
<i>vasopressin +rfid intravenous solution</i>	Tier 3	
<i>vasopressin intravenous solution</i>	Tier 3	
ESTROGENS - HORMONES		
*ESTROGEN & PROGESTIN*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Abigale Lo Oral Tablet)	Tier 1	
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Abigale Oral Tablet)	Tier 1	
BIJUVA ORAL CAPSULE (<i>estradiol-progesterone</i>)	Tier 3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	Tier 1	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Fyavolv Oral Tablet)	Tier 1	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Jinteli Oral Tablet)	Tier 1	
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Mimvey Oral Tablet)	Tier 1	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet</i>	Tier 1	
PREMPHASE ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	Tier 3	
PREMPRO ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	Tier 3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*ESTROGENS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>estradiol</i> (Dotti Transdermal Patch Twice Weekly)	Tier 1	QL (8 patches per 28 days)
<i>estradiol oral tablet</i>	Tier 1	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly</i>	Tier 1	QL (8 patches per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	Tier 1	QL (0.15 patches per 1 day)
<i>estrogens conjugated oral tablet</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>estradiol</i> (Lyllana Transdermal Patch Twice Weekly)	Tier 1	QL (8 patches per 28 days)
FLUOROQUINOLONES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*FLUOROQUINOLONES*** - ANTIBIOTICS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin oral tablet</i>	Tier 1	
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH		
*GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
<i>lubiprostone oral capsule</i>	Tier 2	QL (2 capsules per 1 day)
*GASTROINTESTINAL STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	Tier 1	QL (60 mL per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (12 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible</i>	Tier 2	ST; QL (12 tablets per 1 day)
*INFLAMMATORY BOWEL AGENTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium oral capsule</i>	Tier 1	QL (9 capsule per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</i>	Tier 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 250 mg</i>	Tier 3	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	Tier 3	QL (8 capsules per 1 day)
<i>mesalamine oral capsule delayed release</i>	Tier 3	QL (6 capsules per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release</i>	Tier 3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
*INTERLEUKIN ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab-aekn (iv)</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 vials per 1 one time fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (30 mL per 365 one-time fills)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 kit per 56 days)
<i>ustekinumab intravenous solution</i>	Tier 4	PA; SP; QL (4 vials per 1 one-time fill)
*INTESTINAL ACIDIFIERS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>enulose oral solution</i>	Tier 1	QL (60 mL per 1 day)
<i>generlac oral solution</i>	Tier 1	QL (60 mL per 1 day)
<i>lactulose encephalopathy oral solution</i>	Tier 1	
*PHOSPHATE BINDER AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet</i>	Tier 2	QL (12 tablets per 1 day)
<i>calcium acetate oral tablet</i>	Tier 2	QL (12 tablets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	Tier 2	ST; QL (6 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	Tier 2	ST; QL (3 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	Tier 1	ST; QL (9 tablets per 1 day)
GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
*5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>finasteride oral tablet</i>	Tier 1	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>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tamsulosin hcl oral capsule</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
*CITRATES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>potassium citrate er oral tablet extended release</i>	Tier 2	
*GENITOURINARY IRRIGANTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
CURITY STERILE SALINE IRRIGATION SOLUTION (<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>)	Tier 1	
<i>sodium chloride irrigation solution</i>	Tier 1	
*INTERSTITIAL CYSTITIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
ELMIRON ORAL CAPSULE (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	Tier 3	QL (3 capsules per 1 day)
GOUT AGENTS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*GOUT AGENT COMBINATIONS*** - GOUT DRUGS		
<i>colchicine-probenecid oral tablet</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*GOUT AGENTS*** - GOUT DRUGS		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>colchicine oral capsule</i>	Tier 2	ST; QL (2 capsules per 1 day)
<i>colchicine oral tablet</i>	Tier 2	QL (2.3 tablets per 1 day)
*URICOSURICS*** - GOUT DRUGS		
<i>probenecid oral tablet</i>	Tier 1	
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE BLOOD		
*C1 ESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (24 kits per 30 days)
*DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
*HEMATORHEOLOGIC AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release</i>	Tier 1	
*PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>cilostazol oral tablet</i>	Tier 2	
*PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i>	Tier 2	QL (2 capsule per 1 day)
*PLATELET AGGREGATION INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>dipyridamole oral tablet</i>	Tier 2	
*QUINAZOLINE AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 2	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	Tier 2	QL (10 capsules per 1 day)
*THIENOPYRIDINE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 300 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 30 days)
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prasugrel hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablets per 1 day)
HEMATOPOIETIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*COBALAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cyanocobalamin injection solution</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*CYTOTOXIC AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DROXIA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	Tier 4	
*ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (<i>darbepoetin alfa</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 vials per 28 days)
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>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4 syringes per 30 days)
*FOLIC ACID/FOLATES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>folic acid oral capsule</i>	Tier 1; \$0	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	Tier 1; \$0	
*GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>pegfilgrastim</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 injectors/kits per 28 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 injectors/kits per 28 days)
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
*THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 4	PA; SP; LD; DO
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg</i>	Tier 4	PA; SP; LD; QL (3 tablets per 1 day)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 75 mg</i>	Tier 4	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day)
HEMOSTATICS - DRUGS FOR THE BLOOD		
*HEMOSTATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*BARBITURATE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (100 mL per 1 day)
<i>phenobarbital oral elixir 30 mg/7.5ml, 60 mg/15ml</i>	Tier 1	QL (100 mL per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg</i>	Tier 1	DO
*BENZODIAZEPINE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>temazepam oral capsule</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>triazolam oral tablet</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
*HYPNOTICS - TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>doxepin hcl oral tablet</i>	Tier 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>zaleplon oral capsule</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate oral tablet</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)
LAXATIVES - DRUGS FOR THE STOMACH		
*BOWEL EVACUANT COMBINATIONS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	Tier 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> (Gavilyte-G Oral Solution Reconstituted)	Tier 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	Tier 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution</i>	Tier 1; \$0	QL (2 kits per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</i>	Tier 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	Tier 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted</i>	Tier 1; \$0	QL (1 kit per 30 days)
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted</i>	Tier 1; \$0	QL (1 kit per 30 days)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	Tier 3	QL (1 gram per 30 days)
*ELECTROLYTE-BASED OSMOTIC LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>magnesium citrate oral solution</i>	Tier 1; \$0	
*LAXATIVES - MISCELLANEOUS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>constulose oral solution</i>	Tier 1	
<i>lactulose oral solution</i>	Tier 1	
<i>laxative osmotic oral powder</i>	Tier 1; \$0	
MIRALAX MIX-IN PAX ORAL PACKET (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Tier 1; \$0	
MIRALAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Tier 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>peg 3350 oral packet</i>	Tier 1; \$0	
<i>peg 3350 oral powder</i>	Tier 1; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet</i>	Tier 1; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	Tier 1; \$0	
*STIMULANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	Tier 1; \$0	
MACROLIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AZITHROMYCIN*** - ANTIBIOTICS		
<i>azithromycin oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>azithromycin oral tablet</i>	Tier 1	
*CLARITHROMYCIN*** - ANTIBIOTICS		
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral tablet</i>	Tier 1	
*ERYTHROMYCINS*** - ANTIBIOTICS		
E.E.S. 400 ORAL TABLET (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	Tier 2	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab Oral Tablet Delayed Release)	Tier 1	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles</i>	Tier 2	
<i>erythromycin base oral tablet</i>	Tier 2	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release</i>	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	Tier 2	
<i>erythromycin oral tablet delayed release</i>	Tier 1	
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
*APPLICATORS,COTTON BALLS,ETC*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>alcohol swabs pad</i>	Tier 3	
*CERVICAL CAPS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (<i>cervical caps</i>)	Tier 3; \$0	
*CONDOMS - FEMALE*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms - female</i>)	Tier 3; \$0	QL (12 units per 1 fill)
*DIAPHRAGMS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm arc-spring</i>)	Tier 3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms</i>)	Tier 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 3; \$0	
*GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ACCU-CHEK AVIVA IN VITRO SOLUTION (<i>blood glucose calibration</i>)	Tier 2	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Tier 2	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CARE KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Tier 2	QL (2 kits per 30 days)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET KIT (<i>lancets misc.</i>)	Tier 2	
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL IN VITRO LIQUID (<i>blood glucose calibration</i>)	Tier 2	
ACCU-CHEK GUIDE KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Tier 2	
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Tier 2	
ACCU-CHEK NANO SMARTVIEW KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Tier 2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL IN VITRO LIQUID (<i>blood glucose calibration</i>)	Tier 2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV KIT (<i>lancets misc.</i>)	Tier 2	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL IN VITRO SOLUTION (<i>blood glucose calibration</i>)	Tier 2	
<i>lancet device</i>	Tier 3	
<i>lancets</i>	Tier 3	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN (<i>lancets</i>)	Tier 3	QL (204 lancets per 30 days)
<i>pure comfort safety lancet 30g</i>	Tier 3	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
SENSILANCE SAFETY LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	Tier 3	QL (204 lancets per 30 days)
SENSILANCE SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	Tier 3	QL (204 lancets per 30 days)
SENSILANCE SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Tier 3	QL (204 lancets per 30 days)
*NEBULIZERS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
PARI BABY NEBULIZER SET (<i>nebulizers</i>)	Tier 3	
*NEEDLES & SYRINGES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
BD ECLIPSE SYRINGE (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Tier 3	
BD INS SYR ULTRAFINE 1/2UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringes (disposable)</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Tier 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringe per 30 days)
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>easy comfort insulin syringe 29g x 5/16" 0.5 ml</i>	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>easy comfort insulin syringe 29g x 5/16" 1 ml</i>	Tier 3	QL (200 syringe per 30 days)
<i>easy comfort pen needles</i>	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringe per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringe per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 (<i>insulin syringe/needle u-500</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
EMBRACE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>insulin syringe</i>	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>insulin syringe-needle u-100</i>	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
INSUPEN32G EXTR3ME (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pen needle/5-bevel tip</i>	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pen needles</i>	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pro comfort pen needles</i>	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
RELION PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>sure comfort insulin syringe</i>	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>sure comfort pen needles</i>	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>techlite insulin syringe</i>	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>true comfort insulin syringe</i>	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>true comfort pro insulin syr</i>	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 3	QL (200 needles per 30 days)
VERISAFE SAFE STERILE SYRINGE (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Tier 3	
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Tier 2	PA; QL (3 syringes per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Tier 2	PA; QL (1 pen per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Tier 2	PA; QL (1 syringe per 28 days)
*ERGOT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet</i>	Tier 1	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY (<i>ergotamine-caffeine</i>)	Tier 2	
*MIGRAINE PRODUCTS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution</i>	Tier 2	ST; QL (8 mL per 28 days)
*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	Tier 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet</i>	Tier 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</i>	Tier 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i>	Tier 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge</i>	Tier 2	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	Tier 2	QL (5 vial per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	Tier 2	QL (6 syringes per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	Tier 2	QL (6 cartridges per 30 days)
MINERALS & ELECTROLYTES - DRUGS FOR NUTRITION		
*FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium fluoride oral solution</i>	Tier 1; \$0	QL (2 mL per 1 day)
<i>sodium fluoride oral tablet</i>	Tier 1; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable</i>	Tier 1; \$0	
*POTASSIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release)	Tier 1	
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M10 Oral Tablet Extended Release)	Tier 1	
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M15 Oral Tablet Extended Release)	Tier 1	
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M20 Oral Tablet Extended Release)	Tier 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con Oral Tablet Extended Release)	Tier 1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>potassium chloride er oral tablet extended release</i>	Tier 1	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES - VITAMINS AND MINERALS		
*ANTILEPROTICS*** - VITAMINS AND MINERALS		
THALOMID ORAL CAPSULE (<i>thalidomide</i>)	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day); OC
*CHELATING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>penicillamine oral tablet</i>	Tier 4	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
<i>trientine hcl oral capsule</i>	Tier 4	PA; SP; QL (8 capsules per 1 day)
*CYCLOSPORINE ANALOGS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	Tier 4	
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	Tier 4	
<i>cyclosporine oral capsule</i>	Tier 4	
<i>cyclosporine modified</i> (Gengraf Oral Capsule)	Tier 4	
<i>cyclosporine modified</i> (Gengraf Oral Solution)	Tier 4	
*IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day); OC
*INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	Tier 4	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	Tier 4	
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</i>	Tier 4	
<i>mycophenolic acid oral tablet delayed release</i>	Tier 4	
*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>everolimus oral tablet</i>	Tier 4	
<i>sirolimus oral solution</i>	Tier 4	
<i>sirolimus oral tablet</i>	Tier 3	
<i>tacrolimus oral capsule</i>	Tier 4	
*POTASSIUM REMOVING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> (Kionex Combination Suspension)	Tier 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate combination suspension</i>	Tier 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Tier 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> (Sps (Sodium Polystyrene Sulf) Combination Suspension)	Tier 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION (<i>sodium polystyrene sulfonate</i>)	Tier 2	
*PURINE ANALOGS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>azathioprine</i> (Azasan Oral Tablet)	Tier 2	
<i>azathioprine oral tablet</i>	Tier 2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
*ANESTHETICS TOPICAL ORAL *** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</i>	Tier 1	
*ANTI-INFECTIVES - THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>clotrimazole mouth/throat troche</i>	Tier 2	QL (5 tablet per 1 day)
<i>nystatin mouth/throat suspension</i>	Tier 1	QL (24 mL per 1 day)
*ANTISEPTICS - MOUTH/THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution</i>	Tier 1	
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Periogard Mouth/Throat Solution)	Tier 1	
*DENTAL PRODUCTS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>denta 5000 plus sensitive dental gel</i>	Tier 1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL GEL (<i>sod fluoride-potassium nitrate</i>)	Tier 1	
<i>sodium fluoride 5000 enamel dental gel</i>	Tier 1	
<i>sodium fluoride 5000 sensitive dental gel</i>	Tier 1	
*FLUORIDE DENTAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride</i>)	Tier 1	QL (3.77 grams per 1 day)
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM (<i>sodium fluoride</i>)	Tier 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>dentagel dental gel</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)
FLUORIDEX DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride</i>)	Tier 1	QL (3.77 grams per 1 day)
FLUORIDEX ENHANCED WHITENING DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride</i>)	Tier 1	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sf 5000 plus dental cream</i>	Tier 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sf dental gel</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 plus dental cream</i>	Tier 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental cream</i>	Tier 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental gel</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental paste</i>	Tier 1	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride dental cream</i>	Tier 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride dental gel</i>	Tier 1	QL (100 grams per 30 days)
*SALIVA STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>cevimeline hcl oral capsule</i>	Tier 2	
*STERIODS - MOUTH/THROAT/DENTAL*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>triamcinolone acetanide</i> (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	Tier 1	
<i>triamcinolone acetanide</i> (Oralene Mouth/Throat Paste)	Tier 1	
<i>triamcinolone acetanide mouth/throat paste</i>	Tier 1	
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION		
*PED MV W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable</i>	Tier 1; \$0	
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution</i>	Tier 1; \$0	
<i>multi-vitamin/fluoride oral suspension</i>	Tier 1; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable</i>	Tier 1; \$0	
*PED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>tri-vitelfluoride oral solution</i>	Tier 1; \$0	
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i>)	Tier 2	
ATABEX OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit w/ fe bisg-fa</i>)	Tier 2	
<i>c-nate dha oral capsule</i>	Tier 2	
<i>completenate oral tablet chewable</i>	Tier 2	
CO-NATAL FA ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Tier 2	
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	Tier 2	
CONCEPT OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	Tier 2	
ELITE-OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	Tier 1	
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	Tier 2	
INATAL GT ORAL TABLET (<i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i>)	Tier 1	
<i>m-natal plus oral tablet</i>	Tier 2	
NIVA-PLUS ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Tier 2	
<i>one vite womens plus oral tablet</i>	Tier 2	
<i>pnv 27-calfelfa oral tablet</i>	Tier 2	
<i>pnv prenatal plus multivit+dha oral</i>	Tier 2	
<i>pnv-select oral tablet</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	Tier 2	
<i>prenatal 19 oral tablet chewable</i>	Tier 1	
<i>prenatal 19 oral tablet chewable 29-1 mg</i>	Tier 2	
<i>prenatal oral tablet</i>	Tier 2	
<i>prenatal plus oral tablet</i>	Tier 2	
<i>prenatal plus vitamin/mineral oral tablet</i>	Tier 2	
PRENATAL-U ORAL CAPSULE (<i>prenatal w/o a vit-fe fum-fa</i>)	Tier 2	
PROVIDA OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	Tier 2	
<i>se-natal 19 oral tablet</i>	Tier 2	
<i>se-natal 19 oral tablet chewable</i>	Tier 2	
TARON-C DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	Tier 2	
<i>thrivite rx oral tablet</i>	Tier 2	
<i>trinatal rx 1 oral tablet</i>	Tier 2	
TRINATE ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Tier 1	
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal vit-fe phos-fa-omega</i>)	Tier 2	
<i>westab plus oral tablet</i>	Tier 2	
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL *** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>complete natal dha oral</i>	Tier 2	
<i>wesnatal dha complete oral</i>	Tier 2	
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-DHA*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>pnv-dha oral capsule</i>	Tier 1	
<i>prena 1 true oral</i>	Tier 2	
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
*CENTRAL MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carisoprodol oral tablet</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Tier 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg</i>	Tier 1	QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>tizanidine hcl oral capsule 4 mg</i>	Tier 1	QL (9 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 6 mg</i>	Tier 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	QL (9 tablets per 1 day)
*DIRECT MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>dantrolene sodium oral capsule</i>	Tier 2	
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL - DRUGS FOR THE NOSE		
*NASAL ANTICHOLINERGICS*** - ALLERGY		
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	Tier 1	
*NASAL ANTIHISTAMINES*** - ALLERGY		
<i>azelastine hcl nasal solution</i>	Tier 1	QL (1 bottle per 28 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution</i>	Tier 1	QL (1 bottle per 30 days)
*NASAL STEROIDS*** - ALLERGY		
<i>flunisolide nasal solution</i>	Tier 1	ST; QL (1 bottle per 30 days)
NUTRIENTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*AMINO ACID MIXTURES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
REFRESH AA 15 PKU ORAL LIQUID (<i>amino acids</i>)	Tier 3	
REFRESH AA 15 TYR ORAL LIQUID (<i>amino acids</i>)	Tier 3	
OPHTHALMIC AGENTS - DRUGS FOR THE EYE		
*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (10 mL per 30 days)
*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (0.5 mL per 1 day)
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</i>	Tier 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (20 mL per 30 days)
*CYCLOPLEGIC MYDRIATICS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>tropicamide ophthalmic solution</i>	Tier 1	
*LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>lifitegrast</i>)	Tier 3	PA; QL (2 vial per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*MIOTICS - CHOLINESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED (<i>echothiophate iodide</i>)	Tier 3	LD; QL (5 mL per 30 days)
*MIOTICS - DIRECT ACTING*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	
*OPHTHALMIC ANTIALLERGIC*** - DRUGS FOR ITCHY EYE		
ALOCRILOPHTHALMIC SOLUTION (<i>nedocromil sodium</i>)	Tier 3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (1 bottle per 24 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (2 bottles per 30 days)
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (5 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTIBIOTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	Tier 1	QL (7 grams per 30 days)
<i>besifloxacin hcl ophthalmic suspension</i>	Tier 2	QL (5 mL per 30 days)
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	Tier 1	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (3 mL per 30 days)
<i>ofloxacin ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (20 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i>	Tier 1	QL (3.5 gm per 1 day)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i>	Tier 1	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> (Neo-Polycin Ophthalmic Ointment)	Tier 1	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>bacitracin-polymyxin b</i> (Polycin Ophthalmic Ointment)	Tier 1	QL (3.5 gm per 1 day)
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (10 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTIVIRALS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL (<i>ganciclovir</i>)	Tier 3	QL (5 gram per 7 days)
*OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (10 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>cyclosporine (pf) ophthalmic emulsion</i>	Tier 1	PA; QL (2 vials per 1 day)
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion</i>	Tier 1	PA; QL (2 vials per 1 day)
*OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	
*OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	Tier 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	QL (10 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution</i>	Tier 1	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (30 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i>	Tier 1	QL (7 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	Tier 1	QL (7 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 0.1 %</i>	Tier 1	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Tier 1	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension</i>	Tier 1	
<i>bacitracin-polymyx-neo-hc</i> (Neo-Polycin Hc Ophthalmic Ointment)	Tier 1	QL (7 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (15 mL per 30 days)
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</i>	Tier 1	QL (10 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	Tier 1	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension</i>	Tier 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>loteprednol etabonate</i>)	Tier 3	QL (7 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i>	Tier 3	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension</i>	Tier 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i>	Tier 1	QL (20 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC SULFONAMIDES*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</i>	Tier 1	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (15 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.01 %</i>	Tier 2	QL (7.5 mL per 30 days)
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	Tier 2	
<i>latanoprost ophthalmic solution</i>	Tier 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i>	Tier 2	QL (10 mL per 30 days)
OTIC AGENTS - DRUGS FOR THE EAR		
*OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS*** - WAX REMOVAL		
<i>acetic acid otic solution</i>	Tier 1	
*OTIC ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS		
<i>ciprofloxacin hcl otic solution</i>	Tier 1	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ofloxacin otic solution</i>	Tier 1	QL (10 mL per 1 fill)
*OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i>	Tier 1	QL (7.5 mL per 1 fill)
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	Tier 1	
*OTIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	Tier 2	QL (10 mL per 1 fill)
OXYTOCICS - HORMONES		
*OXYTOCICS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>methylergonovine maleate</i> (Methergine Oral Tablet)	Tier 2	
<i>methylergonovine maleate oral tablet</i>	Tier 2	
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS - BIOLOGICAL AGENTS		
*PASSIVE IMMUNIZING AGENTS - COMBINATIONS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT (<i>immune globulin-hyaluronidase</i>)	Tier 4	PA; SP; LD
PENICILLINS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOPENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable</i>	Tier 1	
<i>ampicillin oral capsule</i>	Tier 1	
*NATURAL PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	Tier 1	
*PENICILLIN COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	Tier 1	
*PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>dicloxacillin sodium oral capsule</i>	Tier 1	
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS		
*ORAL VEHICLES***		
FLAVOR SWEET DYE FREE ORAL SYRUP (<i>oral vehicles</i>)	Tier 2	
<i>flavor sweet sf dye free oral syrup</i>	Tier 2	
PROGESTINS - HORMONES		
*PROGESTINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>norethindrone acetate</i> (Gallifrey Oral Tablet)	Tier 1	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet</i>	Tier 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	Tier 1	
<i>progesterone oral capsule</i>	Tier 1	
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ALCOHOL DETERRENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release</i>	Tier 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>disulfiram oral tablet</i>	Tier 1	
*CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg</i>	Tier 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg</i>	Tier 2	DO
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	Tier 2	QL (6 mL per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg</i>	Tier 2	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	Tier 2	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	Tier 2	QL (2 capsules per 1 day)
*FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>milnacipran hcl oral</i>	Tier 2	QL (1 pack per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>milnacipran hcl oral tablet</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
*MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>teriflunomide oral tablet</i>	Tier 1	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (2 syringes per 28 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (1 mL per 28 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (1 mL per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (1 mL per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (1 mL per 28 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>interferon beta-1a</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (12 syringes per 28 days)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>interferon beta-1a</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (4.2 mL per 28 days)
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (12 syringes per 28 days)
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	Tier 4	PA; SP; QL (1 pack per 1 fill)
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>natalizumab</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (1 vial per 28 days)
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	Tier 1	PA; SP; QL (14 capsules per 365 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	Tier 1	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack</i>	Tier 1	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>diroximel fumarate</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (4 capsules per 1 day)
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - POTASSIUM CHANNEL BLOCKERS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour</i>	Tier 1	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	Tier 1	PA; SP; QL (1 syringe per 1 day)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	Tier 1	PA; SP; QL (12 syringes per 28 days)
<i>glatiramer acetate</i> (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 20 Mg/ML)	Tier 1	PA; SP; QL (1 syringe per 1 day)
<i>glatiramer acetate</i> (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 Mg/ML)	Tier 1	PA; SP; QL (12 syringes per 28 days)
*N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
<i>memantine hcl oral solution</i>	Tier 2	QL (10 mL per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	Tier 2	QL (1 tablet per 6 months)
<i>memantine hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	DO
*PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	DO
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg</i>	Tier 2	QL (4 tablets per 1 day)
*PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>pimozide oral tablet 1 mg</i>	Tier 2	PA; QL (10 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 2 mg</i>	Tier 2	PA; QL (5 tablets per 1 day)
*SMOKING DETERRENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	Tier 1; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>nicotine</i>)	Tier 1; \$0	
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE (<i>nicotine polacrilex</i>)	Tier 1; \$0	
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM (<i>nicotine polacrilex</i>)	Tier 1; \$0	
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE (<i>nicotine polacrilex</i>)	Tier 1; \$0	
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM (<i>nicotine polacrilex</i>)	Tier 1; \$0	
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	Tier 1; \$0	
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge</i>	Tier 1; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	Tier 1; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Tier 1; \$0	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour</i>	Tier 1; \$0	
NICOTROL INHALATION INHALER (<i>nicotine</i>)	Tier 3; \$0	QL (16 cartridges per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (<i>nicotine</i>)	Tier 3; \$0	QL (4 mL per 1 day)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack</i>	Tier 2; \$0	QL (1 dose pack per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet</i>	Tier 2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet</i>	Tier 2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
*SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>fingolimod hcl oral capsule</i>	Tier 1	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
RESPIRATORY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE LUNGS		
*HYDROLYTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (<i>dornase alfa</i>)	Tier 4	PA; SP; LD; QL (150 mL per 30 days)
SULFONAMIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*SULFONAMIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	Tier 2	
TETRACYCLINES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*TETRACYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
<i>avidoxy oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>demeclocycline hcl oral tablet</i>	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsule per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release 100 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	QL (600 mL per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour 105 mg</i>	Tier 2	ST; QL (1 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Tier 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
doxycycline hyclate (Targadox Oral Tablet)	Tier 1	ST; QL (2 tablets per 1 day)
tetracycline hcl oral capsule	Tier 1	QL (4 capsules per 1 day)
THYROID AGENTS - HORMONES		
*ANTITHYROID AGENTS*** - DRUGS FOR THYROID		
methimazole oral tablet	Tier 1	
propylthiouracil oral tablet	Tier 1	
*THYROID HORMONES*** - DRUGS FOR THYROID		
levothyroxine sodium (Levo-T Oral Tablet)	Tier 1	
levothyroxine sodium oral tablet	Tier 1	
levothyroxine sodium (Levoxyl Oral Tablet)	Tier 1	
liothyronine sodium (Liomny Oral Tablet)	Tier 1	
liothyronine sodium oral tablet	Tier 1	
levothyroxine sodium (Unithroid Oral Tablet)	Tier 1	
TOXOIDS - BIOLOGICAL AGENTS		
*TOXOID COMBINATIONS*** - VACCINES		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (tetanus-diphth-acell pertussis)	Tier 3; \$0	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (tetanus-diphth-acell pertussis)	Tier 3; \$0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (tetanus-diphth-acell pertussis)	Tier 3; \$0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (diphth-acell pertussis-tetanus)	Tier 3; \$0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (diphth-acell pertussis-tetanus)	Tier 3; \$0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (dtap-ipv vaccine)	Tier 3; \$0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (dtap-hepatitis b recomb-ipv)	Tier 3; \$0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (dtap-ipv-hib vaccine)	Tier 3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (dtap-ipv vaccine)	Tier 3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (dtap-ipv vaccine)	Tier 3; \$0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (tetanus-diphtheria toxoids td)	Tier 3; \$0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION (tetanus-diphtheria toxoids td)	Tier 3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*ANTISPASMODICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
<i>dicyclomine hcl oral capsule</i>	Tier 1	
<i>dicyclomine hcl oral solution</i>	Tier 1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
*H-2 ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>cimetidine hcl oral solution</i>	Tier 1	
<i>cimetidine oral tablet</i>	Tier 1	
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	Tier 1	
<i>famotidine oral tablet</i>	Tier 1	
<i>ranitidine hcl oral tablet</i>	Tier 1	
*MISC. ANTI-ULCER*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>sucralfate oral suspension</i>	Tier 1	
<i>sucralfate oral tablet</i>	Tier 1	
*PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Tier 1	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Tier 1	
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	Tier 2	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release</i>	Tier 2	
*QUATERNARY ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
<i>glycopyrrolate oral tablet</i>	Tier 1	
<i>methscopolamine bromide oral tablet</i>	Tier 1	
*ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>misoprostol oral tablet</i>	Tier 1	\$0 for Fully insured members in California
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
*URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICHOLINERGIC)*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>oxybutynin chloride oral solution</i>	Tier 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i>	Tier 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</i>	Tier 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tolterodine tartrate oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>trospium chloride oral tablet</i>	Tier 1	QL (2 tablets per 1 day)
*URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i>	Tier 2	
VACCINES - BIOLOGICAL AGENTS		
*BACTERIAL VACCINES*** - VACCINES		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	Tier 3; \$0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b recomb omv adj</i>)	Tier 2; \$0	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	Tier 3; \$0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>mening acy&w-135 tetanus conj</i>)	Tier 3; \$0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>meningococcal a c y&w-135 olig</i>)	Tier 3; \$0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>meningococcal a c y&w-135 olig</i>)	Tier 3; \$0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	Tier 3; \$0	
PEDVAXHIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	Tier 3; \$0	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>mening acyw(tet conj)-b(rcmb)</i>)	Tier 3; \$0	
<i>penmenvy intramuscular suspension reconstituted</i>	Tier 3; \$0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal vac polyvalent</i>)	Tier 2; \$0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 20-val conj vacc</i>)	Tier 2; \$0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b vac (recomb)</i>)	Tier 2; \$0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>typhoid vi polysaccharide vacc</i>)	Tier 3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>typhoid vi polysaccharide vacc</i>)	Tier 3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 15-val conj vacc</i>)	Tier 2; \$0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>typhoid vaccine</i>)	Tier 2	
*VIRAL VACCINE COMBINATIONS*** - VACCINES		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>measles, mumps & rubella vac</i>)	Tier 3; \$0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>measles-mumps-rubella-varicell</i>)	Tier 3; \$0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis a-hep b recomb vac</i>)	Tier 3; \$0	
*VIRAL VACCINES*** - VACCINES		
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine split</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
COMIRNATY 5-11 YEARS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	Tier 2; \$0	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	Tier 2; \$0	
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	Tier 3; \$0	
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	Tier 3; \$0	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac a&b surf ant adj</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac recombinant ha</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza vac tiss-cult subunt</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac tiss-cult subunt</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (<i>influenza virus vaccine live</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac split high-dose</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine split</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	Tier 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	Tier 2; \$0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	Tier 2; \$0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	Tier 3; \$0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis a vaccine</i>)	Tier 3; \$0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recomb adj</i>)	Tier 3; \$0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rabies virus vaccine, hdc</i>)	Tier 3	
IPOL INJECTION INJECTABLE (<i>poliovirus vaccine inactivated</i>)	Tier 3; \$0	
IPOL INJECTION SUSPENSION (<i>poliovirus vaccine inactivated</i>)	Tier 3; \$0	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>japanese encephalitis vac inac</i>)	Tier 3	
MNEXSPIKE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	Tier 2; \$0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	Tier 2; \$0	
<i>novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe</i>	Tier 2; \$0	
<i>nuvaxovid covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe</i>	Tier 2; \$0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rabies vaccine, pcec</i>)	Tier 3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	Tier 3; \$0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	Tier 3; \$0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION (<i>rotavirus vaccine live oral</i>)	Tier 3; \$0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION (<i>rotavirus vac live pentavalent</i>)	Tier 3; \$0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>zoster vac recomb adjuvanted</i>)	Tier 2; \$0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>zoster vac recomb adjuvanted</i>)	Tier 2; \$0	
SPIKEVAX 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	Tier 2; \$0	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	Tier 2; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	Tier 3; \$0	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis a vaccine</i>)	Tier 3; \$0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>varicella virus vaccine live</i>)	Tier 3; \$0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (<i>yellow fever vaccine</i>)	Tier 3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>yellow fever vaccine</i>)	Tier 3	
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN		
*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	Tier 1	QL (90 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>	Tier 1	QL (40 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal suppository</i>	Tier 1	QL (6 suppositories per 30 days)
*VAGINAL ANTI-INFECTIVES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	Tier 1	
<i>metronidazole vaginal gel</i>	Tier 1	
VANDAZOLE VAGINAL GEL (<i>metronidazole</i>)	Tier 1	
*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR WOMEN		
PHEXX VAGINAL GEL (<i>lactic ac-citric ac-pot bitart</i>)	Tier 3; \$0	
PHEXXI VAGINAL GEL (<i>lactic ac-citric ac-pot bitart</i>)	Tier 3; \$0	
*VAGINAL ESTROGENS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>estradiol vaginal cream</i>	Tier 2	QL (42.5 grams per 30 days)
<i>estradiol vaginal tablet</i>	Tier 2	QL (18 tablets per 28 days)
ESTRING VAGINAL RING (<i>estradiol</i>)	Tier 3	QL (1 ring per 90 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (<i>estradiol</i>)	Tier 3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (<i>estradiol</i>)	Tier 3	QL (18 packs per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (<i>estradiol</i>)	Tier 3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (<i>estradiol</i>)	Tier 3	QL (18 packs per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (<i>estrogens, conjugated</i>)	Tier 3	QL (1 grams per 1 day)
<i>estradiol</i> (YuvaFem Vaginal Tablet)	Tier 2	QL (18 tablets per 28 days)
VASOPRESSORS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml</i>	Tier 1	QL (2 pens per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Prescription Drug Name	Drug Tier	Coverage Requirements and Limits
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	Tier 1	QL (2 pen per 1 fill)
*VASOPRESSORS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>midodrine hcl oral tablet</i>	Tier 2	
VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION		
*VITAMIN D*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>ergocalciferol oral capsule</i>	Tier 1	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule</i>	Tier 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012027

Index

abacavir sulfate	54	alcohol swabs	83	ASMANEX (120 METERED	
abacavir sulfate-lamivudine	52	alendronate sodium	75, 76	DOSES).....	27
Abigale.....	77	alfuzosin hcl er	79	ASMANEX (14 METERED	
Abigale Lo.....	77	allopurinol	80	DOSES).....	27
abiraterone acetate	45	ALOCRIL.....	93	ASMANEX (30 METERED	
Abirtega.....	45	alogliptin benzoate	33	DOSES).....	27
acamprosate calcium	96	alprazolam	25	ASMANEX (60 METERED	
acarbose	33	alprazolam er	25	DOSES).....	27
ACCU-CHEK AVIVA.....	84	alprazolam xr	25	aspirin	22
ACCU-CHEK AVIVA PLUS.....	74, 84	Altavera.....	61	aspirin-dipyridamole er	80
ACCU-CHEK COMPACT PLUS		alyacen 1135	61	ATABEX EC.....	90
CARE.....	84	alyacen 71717	67	ATABEX OB.....	90
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET..	84	alyq	60	atazanavir sulfate	53
ACCU-CHEK GUIDE.....	84	amantadine hcl	50	atenolol	56
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL....	84	ambrisentan	60	atenolol-chlorthalidone	43
ACCU-CHEK GUIDE ME.....	84	amcinonide	71	atomoxetine hcl	17
ACCU-CHEK GUIDE TEST.....	74	Amethyst.....	65	atorvastatin calcium	39
ACCU-CHEK NANO SMARTVIEW..	84	amiloride hcl	75	atovaquone-proguanil hcl	44
ACCU-CHEK SMARTVIEW.....	74	amiloride-hydrochlorothiazide	75	Aubra Eq.....	61
ACCU-CHEK SMARTVIEW		amiodarone hcl	26	Aurovela 1.5/30.....	61
CONTROL.....	84	amitriptyline hcl	32	Aurovela 1/20.....	61
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		amlodipine besy-benazepril hcl	40	Aurovela 24 Fe.....	61
DEV.....	84	amlodipine besylate	57	Aurovela Fe 1.5/30.....	61
ACCUTREND GLUCOSE.....	74	amlodipine besylate-valsartan	41	Aurovela Fe 1/20.....	61
ACCUTREND GLUCOSE		amlodipine-atorvastatin	59	AVERI.....	61
CONTROL.....	84	amlodipine-valsartan-hctz	42	Aviane.....	61
acebutolol hcl	56	ammonium lactate	73	avidoxy	99
acetaminophen-codeine	22	Amnesteem.....	69	Ayuna.....	61
acetazolamide	75	amoxapine	32	Azasan.....	89
acetazolamide er	75	amoxicillin	95	azathioprine	89
acetic acid	95	amoxicillin-pot clavulanate	96	azelaic acid	73
acetylcysteine	68	amoxicillin-pot clavulanate er	96	azelastine hcl	92, 93
acitretin	70	amphetamine-dextroamphet er	17	azithromycin	83
ACTHIB.....	102	amphetamine-		Azurette.....	61
ACTIMMUNE.....	48	dextroamphetamine	17	Bac (Butalbital-Acetamin-Caff).....	22
acyclovir	55, 71	ampicillin	95	bacitracin	93
ADACEL.....	100	anagrelide hcl	80	bacitracin-polymyxin b	93
adapalene	69	anastrozole	48	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	94
adapalene-benzoyl peroxide	69	ANNOVERA.....	65	baclofen	91
adefovir dipivoxil	55	APOKYN.....	50	balsalazide disodium	78
ADEMPAS.....	60	apomorphine hcl	50	Balziva.....	61
ADVOCATE INSULIN PEN		apraclonidine hcl	94	BARACLUDE.....	55
NEEDLE.....	85	Apri.....	61	BD AUTOSHIELD DUO.....	85
Afirmelle.....	61	APTIVUS.....	53	BD ECLIPSE SYRINGE.....	85
AFLURIA.....	103	ARANELLE.....	67	BD INS SYR ULTRAFINE 1/2UNIT..	85
AFLURIA PRESERVATIVE FREE..	103	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	81	BD INSULIN SYRINGE.....	85
AFTERA.....	65	aripiprazole	52	BD INSULIN SYRINGE HALF-	
AFTERPILL.....	65	armodafinil	18	UNIT.....	85
albuterol sulfate	26	Ascomp-Codeine.....	22	BD INSULIN SYRINGE	
ALBUTEROL SULFATE HFA.....	26	Ashlyna.....	65	MICROFINE.....	85
alclometasone dipropionate	71			BD INSULIN SYRINGE U/F.....	85

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

BD INSULIN SYRINGE		<i>brimonidine tartrate</i>	94	<i>cefixime</i>	60
ULTRAFINE.....	85	BRIXADI.....	23	<i>cefpodoxime proxetil</i>	60
BD PEN NEEDLE MICRO		BRIXADI (WEEKLY).....	23	<i>cefprozil</i>	60
ULTRAFINE.....	85	<i>bromocriptine mesylate</i>	50	<i>cefuroxime axetil</i>	60
BD PEN NEEDLE MINI U/F.....	85	<i>bromphen-pseudoeph-dm</i>	68	<i>celecoxib</i>	20
BD PEN NEEDLE MINI		<i>budesonide</i>	27, 67	<i>cephalexin</i>	60
ULTRAFINE.....	85	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	26	<i>cevimeline hcl</i>	90
BD PEN NEEDLE NANO 2ND		<i>bumetanide</i>	75	Charlotte 24 Fe.....	61
GEN.....	85	<i>buprenorphine hcl</i>	23	Chateal Eq.....	61
BD PEN NEEDLE NANO		<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	23	CHEMET.....	37
ULTRAFINE.....	85	<i>bupropion hcl</i>	31	CHEMSTRIP K.....	74
BD PEN NEEDLE ORIG		<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	98	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	25
ULTRAFINE.....	85	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	30	<i>chlorhexidine gluconate</i>	89
BD PEN NEEDLE SHORT		<i>bupropion hcl er (xl)</i>	31	<i>chloroquine phosphate</i>	44
ULTRAFINE.....	85	<i>buspirone hcl</i>	25	<i>chlorpromazine hcl</i>	52
BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>butalbital-acetaminophen</i>	22	<i>chlorthalidone</i>	75
SYRINGE.....	85	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	22	<i>chlorzoxazone</i>	91
BD SAFETYGLIDE		<i>butalbital-apap-caffeine</i>	22	<i>chorionic gonadotropin</i>	77
SYRINGE/NEEDLE.....	85	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	22	Ciclodan.....	69
<i>benazepril hcl</i>	40, 41	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	22	<i>ciclopirox</i>	69, 70
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	40	<i>butorphanol tartrate</i>	23	<i>ciclopirox olamine</i>	70
<i>benznidazole</i>	24	<i>cabergoline</i>	76	<i>cilostazol</i>	80
<i>benzonatate</i>	68	<i>calcipotriene</i>	70	<i>cimetidine</i>	101
<i>benzoyl peroxide</i>	69	<i>calcipotriene-betameth diprop</i>	74	<i>cimetidine hcl</i>	101
<i>benzoyl peroxide wash</i>	69	<i>calcitonin (salmon)</i>	76	<i>cinacalcet hcl</i>	76
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	69	Calcitrene.....	70	<i>ciprofloxacin hcl</i>	78, 93, 95
<i>benztropine mesylate</i>	49	<i>calcium acetate</i>	79	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	95
BERINERT.....	80	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	79	<i>citalopram hydrobromide</i>	31
<i>besifloxacin hcl</i>	93	Camila.....	66	Claravis.....	69
<i>betaine</i>	76	Camrese.....	65	<i>clarithromycin</i>	83
<i>betamethasone dipropionate</i>	71	Camrese Lo.....	65	<i>clarithromycin er</i>	83
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	71	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	41, 42	<i>clemastine fumarate</i>	38
<i>betamethasone valerate</i>	71	<i>capecitabine</i>	45	Clindacin.....	68
<i>betaxolol hcl</i>	56, 92	CAPRELSA.....	47	Clindacin Etz.....	68
<i>bethanechol chloride</i>	102	<i>carbamazepine</i>	29	Clindacin-P.....	68
<i>bexarotene</i>	49	<i>carbamazepine er</i>	29	<i>clindamycin hcl</i>	44
BEXSERO.....	102	<i>carbidopa</i>	50	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	44
<i>bicalutamide</i>	45	<i>carbidopa-levodopa</i>	50	<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	68
BIJUVA.....	77	<i>carbidopa-levodopa er</i>	50	<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>	69
BIKTARVY.....	53	<i>carbinoxamine maleate</i>	38	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	69
<i>bimatoprost</i>	95	<i>carbzah</i>	38	<i>clindamycin phosphate</i>	69, 105
<i>bisacodyl ec</i>	83	<i>carglumic acid</i>	76	CLINPRO 5000.....	89
<i>bisoprolol fumarate</i>	56	<i>carisoprodol</i>	91	<i>clobetasol prop emollient base</i>	71
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	43	<i>carteolol hcl</i>	92	<i>clobetasol propionate</i>	71
Blisovi 24 Fe.....	61	Cartia Xt.....	57	<i>clobetasol propionate e</i>	71
Blisovi Fe 1.5/30.....	61	<i>carvedilol</i>	56	<i>clobetasol propionate emulsion</i>	71
Blisovi Fe 1/20.....	61	CAYA.....	83	<i>clocortolone pivalate</i>	71
BOOSTRIX.....	100	CAYSTON.....	44	Clodan.....	71
<i>bosutinib</i>	46	<i>cefaclor</i>	60	<i>clomipramine hcl</i>	32
BREXAFEMME.....	38	<i>cefaclor er</i>	60	<i>clonazepam</i>	29
Breyna.....	26	<i>cefadroxil</i>	60	<i>clonidine hcl</i>	42
<i>brielllyn</i>	61	<i>cefdinir</i>	60	<i>clopidogrel bisulfate</i>	80

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

<i>clotrimazole</i>	73, 89	Daysee.....	65	<i>divalproex sodium er</i>	30
<i>clotrimazole anti-fungal</i>	73	Deblitane.....	66	<i>dofetilide</i>	26
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	69	Delyla.....	62	Dolishale.....	65
<i>clozapine</i>	51	<i>demeclocycline hcl</i>	99	<i>dorzolamide hcl</i>	93
<i>c-nate dha</i>	90	DENTA 5000 PLUS.....	89	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	92
COARTEM.....	44	<i>denta 5000 plus sensitive</i>	89	Dotti.....	78
<i>codeine sulfate</i>	22	<i>dentagel</i>	89	DOVATO.....	53
<i>colchicine</i>	80	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	66	<i>doxazosin mesylate</i>	43
<i>colchicine-probenecid</i>	79	Depo-Testosterone.....	24	<i>doxepin hcl</i>	32, 82
<i>colesevelam hcl</i>	39	DESCOVY.....	53	<i>doxycycline</i>	73
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	47	<i>desipramine hcl</i>	32	<i>doxycycline hyclate</i>	99
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	47	<i>desloratadine</i>	38	<i>doxycycline monohydrate</i>	99
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	47	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	77	<i>dronabinol</i>	37
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	85	<i>desmopressin acetate</i>	77	DROPLET INSULIN SYRINGE.....	85
COMFORT EZ PRO PEN.....		<i>desmopressin acetate spray</i>	77	DROPSAFE AUTOPROTECT.....	
NEEDLES.....	85	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	61	DUO.....	85
COMIRNATY.....	103	<i>desonide</i>	71	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	62
COMIRNATY 5-11 YEARS.....	103	<i>desoximetasone</i>	71, 72	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	62
<i>complete natal dha</i>	91	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	31	DROXIA.....	81
<i>completenate</i>	90	<i>dexamethasone</i>	67	DULERA.....	26
CO-NATAL FA.....	90	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	94	<i>duloxetine hcl</i>	31, 32
CONCEPT DHA.....	90	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	18	E.E.S. 400.....	83
CONCEPT OB.....	90	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	18	<i>easy comfort insulin syringe</i>	85
<i>constulose</i>	82	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	17	<i>easy comfort pen needles</i>	85
<i>cromolyn sodium</i>	26, 93	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	17	<i>ec-naproxen</i>	20
Cryselle.....	61	<i>diazepam</i>	25	<i>econazole nitrate</i>	73
Cryselle-28.....	61	Diazepam Intensol.....	25	ECONTRA ONE-STEP.....	65
CURITY STERILE SALINE.....	79	<i>diclofenac potassium</i>	20	EDURANT PED.....	54
<i>cyanocobalamin</i>	80	<i>diclofenac sodium</i>	20, 94	<i>efavirenz</i>	54
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	91	<i>diclofenac sodium er</i>	20	Elinest.....	62
<i>cyclophosphamide</i>	49	<i>dicloxacillin sodium</i>	96	ELIQUIS.....	28
<i>cycloserine</i>	44	<i>dicyclomine hcl</i>	101	ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	28
<i>cyclosporine</i>	88, 94	<i>diflunisal</i>	22	ELIQUIS (2 MG PACK).....	28
<i>cyclosporine (pf)</i>	94	Digox.....	59	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	28
<i>cyclosporine modified</i>	88	<i>digoxin</i>	59	ELITE-OB.....	90
<i>cyproheptadine hcl</i>	39	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	87	Elixophyllin.....	28
Cyred Eq.....	61	DILANTIN.....	30	ELLA.....	65
<i>dalfampridine er</i>	97	<i>diltiazem hcl</i>	58	ELMIRON.....	79
<i>danazol</i>	24	<i>diltiazem hcl er</i>	57, 58	<i>eltrombopag olamine</i>	81
<i>dantrolene sodium</i>	92	<i>diltiazem hcl er beads</i>	57	Eluryng.....	65
<i>dapaglifloz base-metformin er</i>	35	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	57	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	85
<i>dapagliflozin</i>	35	<i>dilt-xr</i>	58	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	85
<i>dapagliflozin pro-metformin er</i>	35	<i>dimethyl fumarate</i>	97	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	85
<i>dapagliflozin propanediol</i>	35	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	97	EMBRACE PEN NEEDLES.....	86
<i>dapsone</i>	43, 69	<i>diphenhydramine hcl</i>	38	EMGALITY.....	87
DAPTACEL.....	100	<i>diphenoxylate-atropine</i>	36	EMGALITY (300 MG DOSE).....	86
<i>darunavir</i>	53	<i>dipyridamole</i>	80	<i>emtricitabine</i>	54
<i>dasatinib</i>	46	DISKETTS.....	22	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	53
Dasetta 1/35 (28).....	62	<i>disopyramide phosphate</i>	25	EMTRIVA.....	54
Dasetta 7/7/7.....	67	<i>disulfiram</i>	96	Emzahn.....	66
		<i>divalproex sodium</i>	30	<i>enalapril maleate</i>	41

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

enalapril-hydrochlorothiazide	40	felbamate	30	fosinopril sodium	41
ENBREL.....	21	felodipine er	58	fosinopril sodium-hctz	40
ENBREL MINI.....	21	FEMCAP.....	83	ft naloxone hcl	37
ENBREL SURECLICK.....	21	FEMLYV.....	62	fulvestrant	48
Endocet.....	23	fenofibrate	39	furosemide	75
ENERGIX-B.....	103	fenofibrate micronized	39	FUZEON.....	53
Enilloring.....	65	fenofibric acid	39	Fyavolv.....	77
enoxaparin sodium	28	fentanyl	22	gabapentin	29
Enpresse-28.....	67	FIBERSOURCE HN.....	74	galantamine hydrobromide	96
Enskyce.....	62	finasteride	79	galantamine hydrobromide er	96
entacapone	50	finzala	62	Galbriela.....	62
enulose	79	FLAVOR SWEET DYE FREE.....	96	Gallifrey.....	96
epinastine hcl	93	flavor sweet sf dye free	96	GARDASIL 9.....	104
epinephrine	105, 106	flecainide acetate	25, 26	GAVILYTE-C.....	82
eq aspirin low dose	22	FLUAD.....	103	Gavilyte-G.....	82
ERBITUX.....	46	FLUARIX.....	103	Gavilyte-N With Flavor Pack.....	82
ergocalciferol	106	FLUBLOK.....	103	gemfibrozil	39
ergotamine-caffeine	87	FLUCELVAX.....	103	Gemmily.....	62
ERIVEDGE.....	46	fluconazole	38	generlac	79
erlotinib hcl	46	fludrocortisone acetate	68	Gengraf.....	88
Errin.....	66	FLULAVAL.....	103	gentamicin in saline	19
ertapenem sodium	43	FLUMIST.....	103	gentamicin sulfate	19, 93
ery	69	flunisolide	92	GILOTRIF.....	46
Ery-Tab.....	83	fluocinolone acetonide	72, 95	glatiramer acetate	98
erythromycin	69, 83, 93	fluocinolone acetonide body	72	Glatopa.....	98
erythromycin base	83	fluocinolone acetonide scalp	72	glimepiride	36
erythromycin ethylsuccinate	83	fluocinonide	72	glipizide	36
escitalopram oxalate	31	fluocinonide emulsified base	72	glipizide er	36
esomeprazole magnesium	101	FLUORIDEX.....	89	glipizide-metformin hcl	36
ESSENTIAL CARE JR.....	74	FLUORIDEX ENHANCED.....	89	glucagon emergency	33
Estarylla.....	62	WHITENING.....	89	glucagon hcl (diagnostic)	74
estradiol	78, 105	FLUORIDEX SENSITIVITY.....	89	glucose	33
estradiol-norethindrone acet	77	RELIEF.....	89	glyburide	36
ESTRING.....	105	fluorometholone	94	glyburide-metformin	36
estrogens conjugated	78	fluorouracil	70	glycopyrrolate	101
ethacrynic acid	75	fluoxetine hcl	31	gnp naloxone hcl	37
ethambutol hcl	44	fluoxetine hcl (pmdd)	98	griseofulvin microsize	38
ethosuximide	30	fluphenazine hcl	52	griseofulvin ultramicrosize	38
ethynodiol diac-eth estradiol	62	fluticasone propionate	72	guanfacine hcl	42
etonogestrel-ethinyl estradiol	65	fluticasone propionate diskus	27	guanfacine hcl er	17
etoposide	49	fluticasone propionate hfa	27	Hailey 1.5/30.....	62
etravirine	54	fluticasone-salmeterol	26	Hailey 24 Fe.....	62
everolimus	47, 88	fluvastatin sodium	39	Hailey Fe 1.5/30.....	62
Evesse.....	72	fluvastatin sodium er	39	Hailey Fe 1/20.....	62
exemestane	48	FLUZONE.....	103, 104	halcinonide	72
ezetimibe	40	FLUZONE HIGH-DOSE.....	103	halobetasol propionate	72
Falmina.....	62	folic acid	81	Haloette.....	65
famciclovir	55	FOLIVANE-OB.....	90	haloperidol	51
famotidine	101	fondaparinux sodium	28	HAVRIX.....	104
FC2 FEMALE CONDOM.....	83	FOSAMAX PLUS D.....	76	Heather.....	66
Feirza 1.5/30.....	62	fosamprenavir calcium	53	HEPLISAV-B.....	104
Feirza 1/20.....	62			HER STYLE.....	65

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

HIBERIX.....	102	IMVEXXY MAINTENANCE PACK.....	105	Kaitlib Fe.....	62
HUMALOG.....	33, 34	IMVEXXY STARTER PACK.....	105	Kalliga.....	62
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	33	INATAL GT.....	90	Kariva.....	61
HUMALOG KWIKPEN.....	33	Incassia.....	66	KATE FARMS STANDARD 1.0.....	74
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	33	indapamide	75	Kelnor 1/35.....	62
HUMALOG MIX 75/25.....	34	indomethacin	20	ketoconazole	38, 73
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	34	indomethacin er	20	Ketodan.....	73
HUMIRA (1 PEN).....	19	INFANRIX.....	100	ketone test	74
HUMIRA (2 PEN).....	19	INLYTA.....	49	ketorolac tromethamine	20, 94
HUMIRA (2 SYRINGE).....	19	insulin degludec	34	KETOSTIX.....	74
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	19	insulin degludec flextouch	34	KINRIX.....	100
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT		insulin glargine-yfgn	34	Kionex.....	88
STARTER.....	19	insulin lispro	34	Klor-Con.....	87
HUMULIN 70/30.....	34	insulin lispro (1 unit dial)	34	Klor-Con 10.....	87
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	34	insulin lispro junior kwikpen	34	Klor-Con M10.....	87
HUMULIN N.....	34	insulin lispro prot & lispro	34	Klor-Con M15.....	87
HUMULIN N KWIKPEN.....	34	insulin syringe	86	Klor-Con M20.....	87
HUMULIN R.....	34	insulin syringe-needle u-100	86	KLOXXADO.....	37
HUMULIN R U-500		INSUPEN32G EXTR3ME.....	86	Kourzeq.....	90
(CONCENTRATED).....	34	INTELENCE.....	54	Kurvelo.....	62
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	34	Introvale.....	65	lactulose	82
HYCANTIN.....	49	IPOL.....	104	lactulose encephalopathy	79
hydralazine hcl	43	ipratropium bromide	27, 92	LAGEVRIO.....	55
hydrochlorothiazide	75	ipratropium-albuterol	26	lamivudine	54
hydrocod poli-chlorphe poli er	68	irbesartan	42	lamivudine-zidovudine	53
hydrocodone bit-homatrop mbr	68	irbesartan-hydrochlorothiazide	42	lamotrigine	29
hydrocodone-acetaminophen	22	ISENTRESS.....	53	lancet device	84
hydrocodone-ibuprofen	22	Isibloom.....	62	lancets	84
hydrocortisone	24, 68, 72	isoniazid	44	LANCETS SUPER THIN.....	84
hydrocortisone (perianal)	24	isosorbide dinitrate	24	LANOXIN.....	59
hydrocortisone ace-pramoxine	24	isosorbide mononitrate	24	lansoprazole	101
hydrocortisone butyrate	72	isosorbide mononitrate er	24	LANTUS.....	34
hydrocortisone valerate	72	itraconazole	38	LANTUS SOLOSTAR.....	34
hydrocortisone-acetic acid	95	ivermectin	24	lapatinib ditosylate	47
hydromet	68	IXIARO.....	104	Larin 1.5/30.....	62
hydromorphone hcl	22	Jaimiess.....	65	Larin 1/20.....	62
hydroxychloroquine sulfate	44	JAKAFI.....	48	Larin 24 Fe.....	62
hydroxyurea	48	Jantoven.....	28	Larin Fe 1.5/30.....	63
hydroxyzine hcl	25	JANUMET XR.....	33	Larin Fe 1/20.....	63
hydroxyzine pamoate	25	JARDIANCE.....	35	latanoprost	95
HYQVIA.....	95	jasmiel	62	laxative osmotic	82
ibandronate sodium	76	Javygtor.....	77	LEDERLE LEUCOVORIN.....	48
IBRANCE.....	48	Jencycla.....	66	Leena.....	67
Ibu.....	20	Jinteli.....	77	lenalidomide	88
ibuprofen	20	Jolessa.....	65	Lessina.....	63
Iclevia.....	65	Joyeaux.....	62	letrozole	48
ICLUSIG.....	46	Juleber.....	62	leucovorin calcium	48
imatinib mesylate	46	Junel 1.5/30.....	62	LEUKERAN.....	49
IMBRUVICA.....	46	Junel 1/20.....	62	leuprolide acetate	48
imipramine hcl	32	Junel Fe 1.5/30.....	62	levalbuterol tartrate	26
imiquimod	73	Junel Fe 1/20.....	62	levetiracetam	29
IMOVAX RABIES.....	104	Junel Fe 24.....	62	levetiracetam er	29

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

<i>levocarnitine</i>	76	LYNPARZA.....	49	<i>mexiletine hcl</i>	25
<i>levocarnitine sf</i>	76	LYSODREN.....	45	Mibelas 24 Fe.....	63
<i>levofloxacin</i>	78, 93	Lyza.....	66	Microgestin 1.5/30.....	63
Levonest.....	67	<i>magnesium citrate</i>	82	Microgestin 1/20.....	63
<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	66	<i>malathion</i>	74	Microgestin Fe 1.5/30.....	63
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	66	<i>maraviroc</i>	53	Microgestin Fe 1/20.....	63
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	63	<i>marlissa</i>	63	<i>midodrine hcl</i>	106
<i>levonorgestrel</i>	65	MATULANE.....	48	<i>mifepristone</i>	75
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	63, 65	Matzim La.....	58	MIGERGOT.....	87
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	67	<i>meclizine hcl</i>	37	Mili.....	63
Levora 0.15/30 (28).....	63	<i>meclofenamate sodium</i>	20	<i>milnacipran hcl</i>	96, 97
Levo-T.....	100	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	66, 96	Mimvey.....	77
<i>levothyroxine sodium</i>	100	<i>mefloquine hcl</i>	44	<i>minocycline hcl</i>	99
Levoxyl.....	100	MEKINIST.....	47	<i>minocycline hcl er</i>	99
<i>lidocaine</i>	73	Meleya.....	66	<i>minoxidil</i>	43
<i>lidocaine viscous hcl</i>	89	<i>meloxicam</i>	20	Minzoya.....	63
<i>lidocaine-prilocaine</i>	74	<i>memantine hcl</i>	98	MIRALAX.....	82
<i>linezolid</i>	44	MENQUADFI.....	102	MIRALAX MIX-IN PAX.....	82
Liomny.....	100	MENVEO.....	102	<i>mirtazapine</i>	30
<i>liothyronine sodium</i>	100	<i>meperidine hcl</i>	22	<i>misoprostol</i>	101
<i>liraglutide</i>	35	<i>mercaptapurine</i>	45	M-M-R II.....	103
<i>lisdexamphetamine dimesylate</i>	17	Merzee.....	63	<i>m-natal plus</i>	90
<i>lisinopril</i>	41	<i>mesalamine</i>	78	MNEXSPIKE.....	104
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	40	<i>mesalamine er</i>	78	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y.....	104
<i>lithium</i>	51	<i>metformin hcl</i>	33	<i>mometasone furoate</i>	72
<i>lithium carbonate</i>	50, 51	<i>metformin hcl er</i>	33	Mono-Linyah.....	63
<i>lithium carbonate er</i>	50	<i>methadone hcl</i>	22, 23	<i>montelukast sodium</i>	27
LO LOESTRIN FE.....	61	Methadone Hcl Intensol.....	22	<i>morphine sulfate</i>	23
Loestrin 1.5/30 (21).....	63	Methadose.....	23	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	23
Loestrin 1/20 (21).....	63	<i>methazolamide</i>	75	<i>morphine sulfate er</i>	23
Loestrin Fe 1.5/30.....	63	<i>methenamine hippurate</i>	44	MOTOFEN.....	36
Loestrin Fe 1/20.....	63	Methergine.....	95	<i>moxifloxacin hcl</i>	93
Lojaimiess.....	66	<i>methimazole</i>	100	<i>multivitamin w/fluoride</i>	90
<i>lomustine</i>	49	<i>methitest</i>	24	<i>multivitamin/fluoride</i>	90
<i>loperamide hcl</i>	36	<i>methocarbamol</i>	91	<i>multi-vitamin/fluoride</i>	90
<i>lopinavir-ritonavir</i>	53	<i>methotrexate sodium</i>	45	<i>mupirocin</i>	69
<i>lorazepam</i>	25	<i>methoxsalen rapid</i>	70	MY CHOICE.....	65
Loryna.....	63	<i>methscopolamine bromide</i>	101	MY WAY.....	65
<i>losartan potassium</i>	42	<i>methyldopa</i>	42	<i>mycophenolate mofetil</i>	88
<i>losartan potassium-hctz</i>	42	<i>methylergonovine maleate</i>	95	<i>mycophenolate sodium</i>	88
LOTEMAX.....	94	<i>methylphenidate hcl</i>	18, 19	<i>mycophenolic acid</i>	88
<i>loteprednol etabonate</i>	94	<i>methylphenidate hcl er</i>	18	MYLERAN.....	45
<i>lovastatin</i>	39	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	18	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	82
Low-Ogestrel.....	63	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	18	<i>nabumetone</i>	21
<i>loxapine succinate</i>	51	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	18	<i>naloxone hcl</i>	37
Lo-Zumandimine.....	63	<i>methylphenidate hcl er(diffus)</i>	18	<i>naltrexone hcl</i>	37
<i>lubiprostone</i>	78	<i>methylprednisolone</i>	68	<i>naproxen</i>	21
Luizza 1.5/30.....	63	<i>metoclopramide hcl</i>	78	<i>naproxen dr</i>	21
Luizza 1/20.....	63	<i>metoprolol succinate er</i>	56	<i>naproxen sodium</i>	21
Lutera.....	63	<i>metoprolol tartrate</i>	56	<i>naratriptan hcl</i>	87
Lyleq.....	66	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	43	NARCAN.....	37
Lyllana.....	78	<i>metronidazole</i>	43, 73, 105		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

NATAZIA.....	66	Norlyroc.....	66	oxymorphone hcl	23
Necon 0.5/35 (28).....	63	Nortrel 0.5/35 (28).....	63	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
nefazodone hcl	31	Nortrel 1/35 (21).....	64	MG/DOSE).....	35
neomycin sulfate	19	Nortrel 1/35 (28).....	64	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	35
neomycin-bacitracin zn-polymyx	93	Nortrel 7/7/7.....	67	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	35
neomycin-polymyxin-dexameth	94	nortriptyline hcl	32	Pacerone.....	26
neomycin-polymyxin-gramicidin	93	novavax covid-19 vaccine	104	palonosetron hcl	37
neomycin-polymyxin-hc	94, 95	NOVOFINE PEN NEEDLE.....	86	pantoprazole sodium	101
Neo-Polycin.....	93	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE.....	86	PARI BABY NEBULIZER SET.....	85
Neo-Polycin Hc.....	94	NOVOLIN N FLEXPEN.....	34	paricalcitol	76
NEULASTA.....	81	NOVOLIN N FLEXPEN RELION.....	34	paroxetine hcl	31
NEULASTA ONPRO.....	81	NOVOLIN R FLEXPEN.....	34	paroxetine hcl er	31
nevirapine	54	NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	35	PAXLOVID (150/100).....	55
NEW DAY.....	65	nuvaxovid covid-19 vaccine	104	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	55
NEXTSTELLIS.....	63	Nyamyc.....	70	PAXLOVID (300/100).....	55
niacin er (antihyperlipidemic)	40	Nylia 1/35.....	64	pazopanib hcl	47
NICODERM CQ.....	98	Nylia 7/7/7.....	67	PEDIARIX.....	100
NICORETTE.....	98	nystatin	38, 70, 89	PEDVAX HIB.....	102
NICORETTE MINI.....	98	nystatin-triamcinolone	69	PEDVAXHIB.....	102
NICORETTE STARTER KIT.....	98	Nystop.....	70	peg 3350	83
nicotine	98	Ocella.....	64	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	82
nicotine mini	98	octreotide acetate	77	peg-3350/electrolytes	82
nicotine polacrilex	98	ofloxacin	78, 93, 95	peg-3350/electrolytes/ascorbat	82
nicotine polacrilex mini	98	olanzapine	52	PEGASYS.....	55
NICOTROL.....	98	olmesartan medoxomil	42	peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c	82
NICOTROL NS.....	99	olmesartan medoxomil-hctz	42	PELLIX.....	70
nifedipine	58	olopatadine hcl	92	pen needle/5-bevel tip	86
nifedipine er	58	omega-3-acid ethyl esters	39	pen needles	86
nifedipine er osmotic release	58	omeprazole	101	PENBRAYA.....	102
Nikki.....	63	OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	84	penicillamine	88
nilotinib hcl	46	OMNITROPE.....	76	penicillin v potassium	95, 96
nilutamide	45	ondansetron	37	penmenvy	102
nisoldipine er	58	ondansetron hcl	37	PENTACEL.....	100
nitazoxanide	43	one vite womens plus	90	PENTIPS.....	86
nitisinone	76	OPCICON ONE-STEP.....	65	PENTIPS GENERIC PEN	
Nitro-Bid.....	25	OPILL.....	66	NEEDLES.....	86
nitrofurantoin macrocrystal	44	OPTION 2.....	65	pentoxifylline er	80
nitrofurantoin monohyd macro	44	Oralene.....	90	Periogard.....	89
nitroglycerin	25	ORENCIA.....	21	permethrin	74
NIVA-PLUS.....	90	ORENCIA CLICKJECT.....	21	perphenazine	52
Nora-Be.....	66	Orquidea.....	66	phenelzine sulfate	31
norelgestromin-eth estradiol	64	Orsythia.....	64	phenobarbital	81, 82
norethin ace-eth estrad-fe	63	oseltamivir phosphate	56	phenoxybenzamine hcl	41
norethindrone	66	OTEZLA.....	21	Phenyltek.....	30
norethindrone acetate	96	OTEZLA XR.....	21	phenytoin	30
norethindrone acet-ethinyl est	63	OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION		phenytoin sodium extended	30
norethindrone-eth estradiol	77	PK.....	21	PHEXX.....	105
norethindron-ethinyl estrad-fe	67	oxcarbazepine	29	PHEXXI.....	105
norethin-eth estradiol-fe	63	oxybutynin chloride	102	Philith.....	64
norgestimate-eth estradiol	63	oxybutynin chloride er	101	PHOSPHOLINE IODIDE.....	93
norgestim-eth estrad triphasic	67	oxycodone hcl	23	pilocarpine hcl	93
Norlyda.....	66	oxycodone-acetaminophen	23	pimecrolimus	73

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

<i>pimozide</i>	98	Procto-Med Hc.....	24	<i>repaglinide</i>	35
Pimtrex.....	61	Proctosol Hc.....	24	REPATHA.....	40
<i>pioglitazone hcl</i>	36	Proctozone-Hc.....	24	REPATHA PUSHTRONEX	
Pirmella 7/7/7.....	67	<i>progesterone</i>	96	SYSTEM.....	40
PLAN B ONE-STEP.....	65	<i>promethazine hcl</i>	38, 39	REPATHA SURECLICK.....	40
PLEGRIDY.....	97	<i>promethazine-codeine</i>	68	REXTOVY.....	37
PLEGRIDY STARTER PACK.....	97	<i>promethazine-dm</i>	68	REZENOPY.....	37
PLENVU.....	82	Promethegan.....	39	<i>ribavirin</i>	55
PNEUMOVAX 23.....	102	PROMETHEGAN.....	39	<i>rifabutin</i>	45
<i>pnv 27-calfelfa</i>	90	<i>propafenone hcl</i>	26	<i>rifampin</i>	45
<i>pnv prenatal plus multivit+dha</i>	90	<i>propafenone hcl er</i>	26	<i>rifapentine</i>	45
<i>pnv-dha</i>	91	<i>proparacaine hcl</i>	94	<i>rilpivirine hcl</i>	54
<i>pnv-select</i>	90	<i>propranolol hcl</i>	56	<i>rimantadine hcl</i>	55
<i>podofilox</i>	73	<i>propranolol hcl er</i>	56	RINVOQ.....	19
Polycin.....	93	<i>propylthiouracil</i>	100	RINVOQ LQ.....	19
<i>polyethylene glycol 3350</i>	83	PROQUAD.....	103	<i>risedronate sodium</i>	76
<i>polymyxin b sulfate</i>	44	<i>protriptyline hcl</i>	32	<i>risperidone</i>	51
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	93	PROVIDA OB.....	91	<i>ritonavir</i>	54
<i>pomalidomide</i>	47	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	68	<i>rivaroxaban</i>	28
Portia-28.....	64	PULMICORT FLEXHALER.....	27	<i>rivastigmine tartrate</i>	96
<i>potassium chloride crys er</i>	87	PULMOZYME.....	99	Rivelsa.....	66
<i>potassium chloride er</i>	87, 88	<i>pure comfort safety lancet 30g</i>	84	<i>rizatriptan benzoate</i>	87
<i>potassium citrate er</i>	79	<i>pyrazinamide</i>	45	<i>roflumilast</i>	27
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	50	<i>pyridostigmine bromide</i>	44	<i>ropinirole hcl</i>	50
<i>prasugrel hcl</i>	80	QUADRACEL.....	100	<i>ropinirole hcl er</i>	50
<i>pravastatin sodium</i>	39	<i>quetiapine fumarate</i>	51	<i>rosuvastatin calcium</i>	39
<i>praziquantel</i>	24	QUICK TOUCH INSULIN PEN		Rosyrax.....	66
<i>prazosin hcl</i>	43	NEEDLE.....	86	ROTARIX.....	104
<i>prednisolone</i>	68	<i>quinapril hcl</i>	41	ROTATEQ.....	104
<i>prednisolone acetate</i>	94	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	40	<i>sacubitril-valsartan</i>	59
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	68	<i>quinidine sulfate</i>	25	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	77
<i>prednisone</i>	68	<i>quinine sulfate</i>	44	<i>scopolamine</i>	37
<i>pregabalin</i>	29	RABAVERT.....	104	SELARSDI.....	70, 78
PREMARIN.....	105	<i>rabeprazole sodium</i>	101	<i>selegiline hcl</i>	50
PREMPHASE.....	77	<i>raloxifene hcl</i>	77	<i>selenium sulfide</i>	70
PREMPRO.....	77	<i>ramipril</i>	41	<i>se-natal 19</i>	91
<i>prena 1 true</i>	91	<i>ranitidine hcl</i>	101	SENSILANCE SAFETY LANCETS	
<i>prenatal</i>	91	<i>rasagiline mesylate</i>	50	21G.....	85
<i>prenatal 19</i>	91	REACT.....	65	SENSILANCE SAFETY LANCETS	
<i>prenatal plus</i>	91	REBIF.....	97	26G.....	85
<i>prenatal plus vitamin/mineral</i>	91	REBIF REBIDOSE.....	97	SENSILANCE SAFETY LANCETS	
PRENATAL-U.....	91	REBIF REBIDOSE TITRATION		28G.....	85
PREVNAR 20.....	102	PACK.....	97	SEREVENT DISKUS.....	26
PREZISTA.....	53, 54	REBIF TITRATION PACK.....	97	<i>sertraline hcl</i>	31
PRIFTIN.....	45	Reclipsen.....	64	Setlakin.....	66
<i>primaquine phosphate</i>	44	RECOMBIVAX HB.....	104	<i>sevelamer carbonate</i>	79
<i>primidone</i>	29	REFRESH AA 15 PKU.....	92	<i>sf</i>	89
<i>pro comfort pen needles</i>	86	REFRESH AA 15 TYR.....	92	<i>sf 5000 plus</i>	89
<i>probenecid</i>	80	RELENZA DISKHALER.....	56	Sharobel.....	66
Procentra.....	18	RELION INSULIN SYRINGE.....	86	SHINGRIX.....	104
<i>prochlorperazine maleate</i>	52	RELION KETONE TEST.....	74	<i>silver sulfadiazine</i>	71
PROCTOCORT.....	24	RELION PEN NEEDLES.....	86	SIMLANDI (1 PEN).....	19

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

SIMLANDI (1 SYRINGE).....	20	Syeda.....	64	<i>tolterodine tartrate er</i>	102
SIMLANDI (2 PEN).....	20	SYNJARDY.....	35	<i>topiramate</i>	30
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	20	SYNJARDY XR.....	36	<i>toremifene citrate</i>	45
Simliya.....	61	TABLOID.....	45	Torpenz.....	47
Simpesse.....	66	<i>tacrolimus</i>	73, 88	<i>torsemide</i>	75
SIMPONI.....	20	<i>tadalafil</i>	60	Tovet.....	72
SIMPONI ARIA.....	20	<i>tadalafil (pah)</i>	60	<i>tramadol hcl</i>	23
<i>simvastatin</i>	39, 40	TAFINLAR.....	46	<i>tramadol-acetaminophen</i>	23
<i>sirolimus</i>	88	TAKE ACTION.....	65	<i>trandolapril</i>	41
<i>sitagliip phos-metformin hcl er</i>	33	<i>tamoxifen citrate</i>	45	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	40
SKYRIZI.....	70, 79	<i>tamsulosin hcl</i>	79	<i>tranexamic acid</i>	81
SKYRIZI PEN.....	70	Targadox.....	100	<i>tranylcypromine sulfate</i>	31
SLYND.....	66	Tarina 24 Fe.....	64	<i>travoprost (bak free)</i>	95
<i>sodium chloride</i>	79	Tarina Fe 1/20 Eq.....	64	<i>trazodone hcl</i>	31
<i>sodium fluoride</i>	87, 90	TARON-C DHA.....	91	TRELEGY ELLIPTA.....	26
<i>sodium fluoride 5000 enamel</i>	89	Taysofy.....	64	<i>treprostinil</i>	59
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	89	<i>techlite insulin syringe</i>	86	TRESIBA.....	35
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	89, 90	TECHLITE PEN NEEDLES.....	86	TRESIBA FLEXTOUCH.....	35
<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i>	89	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	86	<i>tretinoin</i>	49, 69
<i>sodium phenylbutyrate</i>	77	<i>telmisartan-hctz</i>	42	Tri Femynor.....	67
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	88	<i>temazepam</i>	82	<i>triamcinolone acetonide</i>	72, 73, 90
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	55	<i>temozolomide</i>	48	<i>triamcinolone in absorbbase</i>	73
<i>sorafenib tosylate</i>	47	TENCON.....	22	<i>triamterene</i>	75
<i>sotalol hcl</i>	56, 57	TENIVAC.....	100	<i>triamterene-hctz</i>	75
<i>sotalol hcl (af)</i>	56	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	54	<i>triazolam</i>	82
SPIKEVAX.....	104	<i>terazosin hcl</i>	43	Triderm.....	73
SPIKEVAX 6M-11Y.....	104	<i>terbinafine hcl</i>	38	<i>trientine hcl</i>	88
<i>spinosad</i>	74	<i>terconazole</i>	105	Tri-Estarylla.....	67
SPIRIVA RESPIMAT.....	27	<i>teriflunomide</i>	97	<i>trifluoperazine hcl</i>	52
<i>spironolactone</i>	75	<i>testosterone</i>	24	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	49
<i>spironolactone-hctz</i>	75	<i>testosterone cypionate</i>	24	Tri-Legest Fe.....	67
Sprintec 28.....	64	<i>tetracycline hcl</i>	100	Tri-Linyah.....	67
Sps (Sodium Polystyrene Sulf).....	88	THALOMID.....	88	Tri-Lo-Estarylla.....	67
SPS (SODIUM POLYSTYRENE		<i>theophylline</i>	28	Tri-Lo-Marzia.....	67
SULF).....	89	<i>theophylline er</i>	28	Tri-Lo-Mili.....	67
Sronyx.....	64	<i>thioridazine hcl</i>	52	Tri-Lo-Sprintec.....	67
STIVARGA.....	47	<i>thiothixene</i>	52	<i>trimethobenzamide hcl</i>	37
STRIBILD.....	53	<i>thrivite rx</i>	91	<i>trimethoprim</i>	43
<i>sucralfate</i>	101	Tiadyt Er.....	58, 59	Tri-Mili.....	67
<i>sulfacetamide sodium</i>	94	<i>tiagabine hcl</i>	30	<i>trimipramine maleate</i>	33
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	69	<i>ticagrelor</i>	80	<i>trinatal rx 1</i>	91
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	94	Tilia Fe.....	67	TRINATE.....	91
<i>sulfadiazine</i>	99	<i>timolol maleate</i>	57, 92	Tri-Sprintec.....	67
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ...	43	<i>tinidazole</i>	43	TRIUMEQ.....	53
<i>sulfasalazine</i>	78	<i>tiotropium bromide</i>	27	<i>triumeq pd</i>	53
Sulfatrim Pediatric.....	43	<i>tiotropium bromide monohydrate</i>	27	<i>tri-vitelfluoride</i>	90
<i>sulindac</i>	21	TIVICAY.....	53	Trivora (28).....	67
<i>sumatriptan succinate</i>	87	TIVICAY PD.....	53	Tri-Vylibra.....	67
<i>sumatriptan succinate refill</i>	87	<i>tizanidine hcl</i>	91, 92	<i>tri-vylibra lo</i>	67
<i>sunitinib malate</i>	48	<i>tobramycin</i>	19, 93	<i>tropicamide</i>	92
<i>sure comfort insulin syringe</i>	86	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	94	<i>tropium chloride</i>	102
<i>sure comfort pen needles</i>	86	<i>tolterodine tartrate</i>	102	<i>true comfort insulin syringe</i>	86

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

TRUE COMFORT PEN NEEDLES..86	VITAFOL GUMMIES91	ZYDELIG49
<i>true comfort pro insulin syr</i> 86	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i> 106	
TRUEPLUS GLUCOSE 33	VIVITROL37	
TRULICITY 35	VIVOTIF 103	
TRUMENBA 102	Volnea61	
Turqoz64	VUMERITY 97	
TWINRIX 103	Vyfemla64	
TWIRLA 64	Vylibra64	
TYBLUME64	<i>warfarin sodium</i> 28	
Tydemy64	Wera64	
TYPHIM VI 102	<i>wesnatal dha complete</i>91	
TYSABRI97	<i>westab plus</i> 91	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES86	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 84	
UNIFINE PENTIPS 86	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 84	
UNIFINE PENTIPS PLUS86	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 84	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 86	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 84	
Unithroid100	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 84	
<i>ustekinumab</i>70, 79	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 84	
<i>valacyclovir hcl</i> 55	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 84	
<i>valganciclovir hcl</i>55	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 84	
<i>valproic acid</i>30	<i>wixela inhub</i> 26	
<i>valsartan</i>42	Wymzya Fe64	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>42	XALKORI 45	
Valtya 1/3564	Xarah Fe67	
VALTYA 1/5064	XARELTO28	
<i>vancomycin hcl</i>43	XARELTO STARTER PACK28	
VANDAZOLE 105	Xelria Fe64	
VAQTA105	XIGDUO XR36	
<i>varenicline tartrate</i>99	XIIDRA92	
<i>varenicline tartrate (starter)</i> 99	XOFLUZA (40 MG DOSE)56	
<i>varenicline tartrate(continue)</i> 99	XOFLUZA (80 MG DOSE)56	
VARIVAX 105	XTANDI45	
<i>vasopressin</i>77	Xulane64	
<i>vasopressin +rfid</i>77	YF-VAX105	
VAXNEUVANCE 103	Yuvaferm105	
VELIVET67	Zafemy64	
VEMLIDY55	<i>zafirlukast</i>27	
<i>venlafaxine hcl</i>32	<i>zaleplon</i>82	
<i>venlafaxine hcl er</i>32	ZELBORAF46	
VENTAVIS59	Zenatane69	
<i>verapamil hcl</i>59	ZENPEP74	
<i>verapamil hcl er</i>59	Zenzedi18	
VERIFINE INSULIN SYRINGE86	<i>zidovudine</i>54	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 86	<i>ziprasidone hcl</i>51	
VERISAFE SAFE STERILE	ZIRGAN93	
SYRINGE86	ZOLINZA47	
Vestura64	<i>zolpidem tartrate</i>82	
Vienva64	<i>zolpidem tartrate er</i>82	
<i>vilazodone hcl</i>31	<i>zonisamide</i>30	
<i>viorele</i>61	Zovia 1/35 (28)64	
VIRACEPT54	Zumandimine64	
VIREAD54	ZURNAI37	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

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 is the trade name of Blue Cross of California. Anthem Blue Cross and Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company are independent licensees of the Blue Cross Association. Anthem is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc.

Get help in your language

Language Assistance Services

Curious to know what all this says?

We would be too. Here's the English version:

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it.

You may also be able to get this letter written in your language. For free help with translations or interpreter services, in a timely manner, please call the telephone number on the back of your ID card. (TTY/TDD:711).

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternative 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

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no es así, podemos pedirle a alguien que lo ayude a leerla. También puede recibir esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda oportuna y gratuita con traducciones o servicios de interpretación, llame al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación. (TTY/TDD: 711).

Arabic

هام: هل يمكنك قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم يكن الأمر كذلك، فيمكننا أن نطلب من شخص ما مساعدتك في قراءتها. قد تتمكن أيضاً من الحصول على هذه الرسالة مكتوبة بلغتك. للحصول على مساعدة مجانية في خدمات الترجمة أو الترجمة الفورية، في الوقت المناسب، يرجى الاتصال برقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة الهوية الخاصة بك. (TTY/TDD:711).

Armenian

ԿԱՐԵՎՈՐ Է. կարողանո՞ւմ եք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, կարող ենք օգնել ձեզ կարդալ այն: Դուք կարող եք նաև ստանալ այս նամակը գրավոր՝ ձեր լեզվով: Թարգմանությունների կամ թարգմանչական ծառայությունների անվճար օգնության համար, ժամանակին, խնդրում ենք զանգահարել ձեր ID քարտի հակառակ կողմում նշված հեռախոսահամարով: (TTY/TDD՝ 711):

Chinese

重要提示：您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您看。您還可以獲得以您的語言寫的此信件。如需及時獲得免費的翻譯或口譯服務協助，請撥打您 ID 卡背面的電話號碼。(TTY/TDD:711)。

Farsi

مهم: می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر نه، می‌توانیم از کسی بخواهیم که در خواندن آن به شما کمک کند. همچنین ممکن است بتوانید این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان و به‌موقع در زمینه خدمات ترجمه کتبی یا مترجم شفاهی، لطفاً با شماره تلفن مندرج در پشت کارت ID خود تماس بگیرید. (TTY/TDD:711).

Hindi

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम किसी को इसे पढ़ने में आपकी सहायता करने के लिए रख सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी लिखवा सकते हैं। अनुवाद या दुभाषिया सेवाओं के संबंध में समय पर निःशुल्क सहायता के लिए कृपया अपने पहचान पत्र के पीछे दिए गए टेलीफोन नंबर पर कॉल करें। (TTY/TDD:711)।

Hmong

TSEEM CEEB: Koj puas yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog tias nyeem tsis tau, peb mam kom lwv tus neeg los pab nyeem rau koj. Koj hais tau kom muab tsab ntawv no sau ua koj yam lus. Rau kev pab txhais ntawv los sis txhais lus pab dawb, kom raws sijhawm, thov hu tus npawb xov tooj nyob sab nraum qab ntawm koj daim npav ID. (TTY/TDD: 711).

Japanese

重要：この手紙は読めますか？そうでない場合は、誰かに読んでもらうのを手伝ってもらうこともできます。このお知らせは、貴方の言語で受け取ることも可能です。翻訳や通訳サービスの無料サポートをご希望の場合は、IDカードの裏面に記載されている電話番号までお電話ください。(TTY/TDD:711)。

Khmer

សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានសំបុត្រនេះបានទេ? បើអត់ទេ យើងអាចមានអ្នកជួយអ្នកឱ្យអានវាបាន។ អ្នកក៏ប្រហែលជាអាចឱ្យសំបុត្រនេះសរសេរជាការបកប្រែសម្រាប់អ្នកបានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃជាមួយនឹងការបកប្រែឬសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ទាន់ពេលវេលា សូមទូរសព្ទទៅលេខនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក។ (TTY/TDD:711)។

Korean

중요: 이 서신을 읽으실 수 있습니까? 그렇지 않다면 서신을 읽을 수 있게 도움을 드릴 수 있습니다. 원하시는 언어로 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 번역이나 통역 서비스를 무료로 이용하실려면 적시에 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 전화해 주십시오. (TTY/TDD: 711).

Punjabi

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਵੀ ਲਿਖਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਦੁਬਾਸੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੇਂ ਸਿਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD:711).

Russian

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Можете ли вы прочитать данное письмо? Если нет, наш специалист поможет вам в этом. Вы также можете получить данное письмо на вашем языке. Чтобы своевременно получить бесплатные услуги письменного или устного перевода, позвоните по номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты участника. (TTY/TDD: 711).

Tagalog

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maaari kaming kumuha ng taong tutulong sa iyo na basahin ito. Maaari mo ring ipasulat ang sulat na ito sa iyong wika. Para sa libreng tulong sa mga pagsasalin o serbisyo ng interpreter, sa isang napapanahong paraan, mangyaring tawagan ang numero ng telepono sa likod ng iyong ID card. (TTY/TDD:711).

Thai

ข้อสำคัญ: คุณสามารถอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ ถ้าไม่ เราสามารถหาคนช่วยอ่านให้กับคุณได้ นอกจากนี้คุณยังสามารถขอให้เขียนจดหมายให้ได้ ในภาษาของคุณเอง ขอรับบริการแปลหรือล่ามที่รวดเร็วได้ฟรี กรุณาติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ที่ด้านหลังของบัตรประจำตัวของคุณ (TTY/TDD:711).

Vietnamese

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ ai đó giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể yêu cầu viết lá thư này bằng ngôn ngữ của mình. Để được trợ giúp miễn phí về dịch vụ biên dịch hoặc thông dịch một cách kịp thời, vui lòng gọi số điện thoại ở mặt sau thẻ ID của quý vị. (TTY/TDD: 711).

It's important we treat you fairly

We follow state and federal civil rights laws in our health programs and activities. Members can get reasonable modifications as well as free auxiliary aids and services if you have a disability. We don't discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age or disability. For people whose primary language isn't English (or have limited proficiency), we offer free language assistance services, in a timely manner, like interpreters and other written languages. Interested in these services? Call the Member Services number on your ID card for help (TTY/TDD: 711) or visit our website. If you think we failed in any areas or to learn more about grievance procedures, you can mail a complaint to: Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279, or if you think you were discriminated against based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can mail a complaint directly to 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. You can also call 1-800- 368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) or visit <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>