



Lista Nacional de Medicamentos

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de tres niveles California CDI fully inasegurado

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.

Nombres de los planes de la lista de medicamentos nacional de 2024

Nombres de los planes de la lista de medicamentos nacional de 2025

Algunas cosas para recordar:

- Puedes ver y buscar en nuestra lista de medicamentos actual en el sitio anthem.com/ca and choose Prescription Benefits. Ten en cuenta lo siguiente: El formulario está sujeto a cambios y todas las versiones anteriores del formulario no son válidas.
- Los miembros actuales de Anthem tienen a disposición herramientas y recursos adicionales para ver la lista de medicamentos más actualizada del plan, así como los medicamentos que se agregaron, los genéricos y más, al iniciar sesión en anthem.com/ca.
- 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 Nacional de Medicamentos

Tres Niveles=

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION	4
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	12
ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC - BIOLOGICAL AGENTS	15
ALTERNATIVE MEDICINES - VITAMINS AND MINERALS	15
AMEBICIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	16
AMINOGLYCOSIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	16
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	17
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	18
ANALGESICS - OPIOID - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	20
ANDROGENS-ANABOLIC - HORMONES	24
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS - RECTAL PREPARATIONS	25
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR INFECTIONS	25
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART	26
ANTIANGIOTENSIN AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	26
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS FOR THE HEART	27
ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS	28
ANTICOAGULANTS - DRUGS FOR THE BLOOD	31
ANTICONSULTANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	32
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	36
ANTIDIABETICS - HORMONES	39
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH	44
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING	45
ANTIEMETICS - DRUGS FOR THE STOMACH	46
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS	48
ANTIHISTAMINES - DRUGS FOR THE LUNGS	49
ANTIHYPERLIPIDEMICS - DRUGS FOR THE HEART	51
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART	53
ANTI-INFECTION AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS	57
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR INFECTIONS	61
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	61
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - DRUGS FOR INFECTIONS	62
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES - DRUGS FOR CANCER	62
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	82
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	84
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS	88
ANTIVIRALS - DRUGS FOR INFECTIONS	89
BETA BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	94
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	95
CARDIOTONICS - DRUGS FOR THE HEART	98
CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE HEART	99
CEPHALOSPORINS - DRUGS FOR INFECTIONS	100
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR WOMEN	102
CORTICOSTEROIDS - HORMONES	108
COUGH/COLD/ALLERGY - DRUGS FOR THE LUNGS	110
DERMATOLOGICALS - DRUGS FOR THE SKIN	112
DIAGNOSTIC PRODUCTS	123
DIETARY PRODUCTS/DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS - DRUGS FOR NUTRITION	123
DIGESTIVE AIDS - DRUGS FOR THE STOMACH	123
DIURETICS - DRUGS FOR THE HEART	124
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC. - HORMONES	125
ESTROGENS - HORMONES	128
FLUOROQUINOLONES - DRUGS FOR INFECTIONS	129
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH	130
GENERAL ANESTHETICS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	132
GENTOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	133
GOUT AGENTS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	134
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE BLOOD	135
HEMATOPOIETIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION	137

HEMOSTATICS - DRUGS FOR THE BLOOD	138
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	139
LAXATIVES - DRUGS FOR THE STOMACH	141
LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	144
MACROLIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	146
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT	146
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	166
MINERALS & ELECTROLYTES - DRUGS FOR NUTRITION	167
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES - VITAMINS AND MINERALS	171
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT	174
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	176
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES	186
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL - DRUGS FOR THE NOSE	187
NEUROMUSCULAR AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	188
NUTRIENTS - DRUGS FOR NUTRITION	188
OPHTHALMIC AGENTS - DRUGS FOR THE EYE	190
OTIC AGENTS - DRUGS FOR THE EAR	196
OXYTOCICS - HORMONES	197
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS - BIOLOGICAL AGENTS	197
PENICILLINS - DRUGS FOR INFECTIONS	198
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS	199
PROGESTINS - HORMONES	199
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	200
SULFONAMIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	204
TETRACYCLINES - DRUGS FOR INFECTIONS	205
THYROID AGENTS - HORMONES	205
TOXOIDS - BIOLOGICAL AGENTS	206
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR THE STOMACH	207
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	209
VACCINES - BIOLOGICAL AGENTS	210
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN	213
VASOPRESSORS - DRUGS FOR THE HEART	215
VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	216



Lista Nacional de Medicamentos – Sección Informativa

Definiciones

"\$0" al lado de un medicamento significa que este es un medicamento preventivo. Para algunos miembros, este producto puede estar cubierto al 100% con un costo compartido de \$0 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 usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de atención médica.

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

"**Deducible**" significa la cantidad que usted paga por los beneficios de atención médica cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud comience a pagar. Si su póliza de seguro de salud tiene un deducible, puede tener un deducible o deducibles separados para beneficios médicos y beneficios de medicamentos recetados. Después de pagar su deducible, generalmente paga solo un copago o coseguro por los beneficios de atención médica cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.

"**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**" significa un grupo de medicamentos recetados que corresponden a un nivel de costo compartido especificado en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamento en el que se coloca un medicamento recetado determina su parte del costo del medicamento.

"**Solicitud de excepción**" significa una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el formulario. Si usted, su designado o su proveedor de atención médica presenta una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

"**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**" significa la lista de medicamentos que está cubierta por su póliza de seguro de salud bajo el beneficio de medicamentos recetados de la póliza.

"**Medicamento genérico**" significa un medicamento que es el mismo que su equivalente de medicamento de marca en dosis, concentración, efecto, cómo se toma, calidad, seguridad y uso previsto. Un medicamento genérico se enumera en este formulario en 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**" significa un medicamento recetado que no figura en este formulario.



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

"Gastos de bolsillo" significa sus gastos por beneficios de atención médica que no son reembolsados por su seguro de salud. Los costos de bolsillo incluyen deducibles, copagos y coseguros para los beneficios de atención médica cubiertos, además de todos los costos de los beneficios de atención médica que no están cubiertos.

"Proveedor de prescripción" significa un proveedor de atención médica que puede escribir una receta para un medicamento para diagnosticar, tratar o prevenir una afección médica.

"Receta" significa una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor de recetas que autoriza que se proporcione un medicamento recetado a un individuo específico.

"Medicamento recetado" significa un medicamento que por ley requiere receta médica.

"Autorización previa (PA)" significa una decisión de su aseguradora de salud de que un beneficio de atención médica es médicamente necesario para usted. Si un medicamento recetado está sujeto a autorización previa en este formulario, su proveedor de recetas debe solicitar la aprobación de su aseguradora de salud para cubrir el medicamento antes de surtir su receta. Su aseguradora de salud debe otorgar una solicitud de autorización previa cuando sea médicamente necesario que usted tome 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.

"Terapia escalonada (ST)" significa una secuencia específica en la que se deben probar medicamentos recetados para una afección médica particular. Si un medicamento está sujeto a terapia escalonada en este formulario, es posible que tenga que probar uno o más medicamentos antes de que su póliza de seguro médico cubra ese medicamento para su afección médica. Si su proveedor de recetas presenta una solicitud de excepción al requisito de terapia escalonada, su aseguradora de salud debe otorgar la solicitud cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.



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 domiciliaria 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**;

ANALGESIC OPIOID AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS
ABSTRAL SUBLINGUAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 300 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (<i>fenitanyl</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

<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</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 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)</i>
--

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

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



¿Cuáles son mis opciones para obtener mis recetas?

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

Los miembros actuales de Anthem pueden obtener más información iniciando sesión en anthem.com/ca y elegir Prescription Benefits o llamando al 833-236-6196. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

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

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

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

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

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

1. Envíe una solicitud de PA electrónica yendo a <https://www.covermy meds.com/main/partners/anthem>.
2. Inicie sesión en anthem.com/ca y elija **Farmacia**.
 - o Vaya a **Recursos de farmacia y busque su medicamento en su lista de medicamentos**.
 - o Elija la concentración y la forma correctas del medicamento.
 - o Desplácese hacia abajo hasta **Definición de restricciones** y busque el formulario de fax correspondiente en la tabla.
 - o 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.

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

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

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

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



¿Cómo promueve Anthem la seguridad?

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

Nuestros programas de edición clínica son:

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

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

¿Cómo inicia mi médico el proceso de autorización previa?

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

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

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

¿Qué es la terapia escalonada? ¿Cómo funciona?

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

Algunas notas más sobre el proceso de excepción:

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

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

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

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

KEY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tres Niveles=

CURRENT AS OF 11/1/2024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTI-OBESITY - GLP-1 RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>liraglutide - weight management</i>)	3	PA; BE; QL (3 mg per 1 day)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>semaglutide-weight management</i>)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
*ANTI-OBESITY AGENT COMBINATIONS** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>naltrexone-bupropion hcl</i>)	3	PA; BE; QL (4 tablets per 1 day)
*DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS)*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	3	PA; DO
*LIPASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>orlistat oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 capsules per 1 day)
*STIMULANTS - MISC.*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 patch per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC - BIOLOGICAL AGENTS		
*ALLERGENIC EXTRACTS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>timothy grass pollen allergen</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>short ragweed pollen ext</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*MIXED ALLERGENIC EXTRACTS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>dust mite mixed allergen ext</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>grass mix pollens allergen ext</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ALTERNATIVE MEDICINES - VITAMINS AND MINERALS		
*ALTERNATIVE MEDICINE - AL'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>aloe vera leaf juice oral liquid</i>	1 or 1b*	
*ALTERNATIVE MEDICINE - BO'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>boswellia oral tablet</i>	2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ALTERNATIVE MEDICINE - CH'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>vitex fruit oral capsule</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE - GO'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>goldenseal root oral capsule 333 mg</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE - GR'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>grape seed oral capsule 100 mg</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE - LA'S** - VITAMINS AND MINERALS		
CALMAID ORAL CAPSULE (<i>lavender oil</i>)	1 or 1b*	
*ALTERNATIVE MEDICINE - MA'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>maca root oral capsule</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE - ME'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>ft melatonin extra strength oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID (<i>melatonin</i>)	1 or 1b*	
*ALTERNATIVE MEDICINE - SA'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>saw palmetto berries oral capsule 585 mg</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE COMBINATIONS - THREE INGREDIENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>gnp cranberry plus prob w/vitc oral tablet</i>	2	
AMEBICIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMEBICIDES*** - DRUGS FOR PARASITES		
SOLOSEC ORAL PACKET (<i>secnidazole</i>)	3	PA; QL (2 grams per 1 fill)
AMINOGLYCOSIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOGLYCOSIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>amikacin sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>gentamicin in saline intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>gentamicin sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
HUMATIN ORAL CAPSULE (<i>paromomycin sulfate</i>)	3	PA
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml</i>	1 or 1b*	QL (900 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (180 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 2 gm/50ml</i>	1 or 1b*	QL (1500 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (30 vials per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plazomicin sulfate</i>)	3	
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
*GOLD COMPOUNDS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
RIDAURA ORAL CAPSULE (<i>auranofin</i>)	2	QL (3 capsules per 1 day)
*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
COMBOGESIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen-acetaminophen</i>)	3	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS)*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ANAPROX DS ORAL TABLET (<i>naproxen sodium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen</i>)	3	
DAYPRO ORAL TABLET (<i>oxaprozin</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>etodolac oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
FLANAX ORAL TABLET (<i>naproxen sodium</i>)	1 or 1b*	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>flurbiprofen oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>ibu oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen lysine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>ibuprofen oral suspension</i>	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>indomethacin er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>indomethacin sodium intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 30 days)
KETOROLAC TROMETHAMINE INJECTION SOLUTION 30 MG/ML	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (20 tablets per 30 days)
LODINE ORAL TABLET (etodolac)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>meclofenamate sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mefenamic acid oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (29 capsule per 1 fill)
<i>meloxicam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen dr oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION (ibuprofen lysine)	3	
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>sulindac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tolmetin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
*PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ARAVA ORAL TABLET (leflunomide)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>leflunomide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANALGESICS OTHER*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*ANALGESICS-SEDATIVES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>bac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tencon oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*SALICYLATES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>aspirin 81 oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin 81 oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin childrens oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>diflunisal oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ecotrin low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eq aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>h-e-b aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kls aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>mm aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin adult low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin adult low strength oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin childrens oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb low dose asa ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
ANALGESICS - OPIOID - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*CODEINE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1 or 1a*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	1 or 1a*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg</i>	1 or 1a*	AL; QL (6 tablet per 1 day)
<i>ascomp-codeine oral capsule</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
*DIHYDROCODEINE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>apap-caff-dihydrocodeine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>trezix oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HYDROCODONE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
*OPIOID AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG, 60 MG	3	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
DEMEROL INJECTION SOLUTION (meperidine hcl)	3	
DILAUDID INJECTION SOLUTION (hydromorphone hcl)	3	
DILAUDID ORAL LIQUID (hydromorphone hcl)	3	QL (24 mL per 1 day)
DILAUDID ORAL TABLET (hydromorphone hcl)	3	QL (6 tablets per 1 day)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (sufentanil citrate)	3	
<i>duramorph injection solution</i>	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML	1 or 1b*	
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 1000 mcg/20ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml</i>	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 50 MCG/ML	3	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 lozenge per 1 day)
<i>fentanyl citrate buccal tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<i>fentanyl citrate pf injection solution prefilled syringe 25 mcg/0.5ml</i>	3	
FENTANYL CITRATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/ML	3	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (15 patches per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl injection solution 0.25 mg/0.5ml</i>	3	
<i>hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>hydromorphone hcl oral liquid</i>	1 or 1b*	QL (24 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml</i>	1 or 1b*	
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION (morphine sulfate microinfusion)	3	
INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION (morphine sulfate microinfusion)	3	
<i>levorphanol tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>meperidine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>meperidine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
<i>meperidine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
METHADONE HCL INJECTION SOLUTION	3	PA; QL (1 mL per 1 day)
<i>methadone hcl intensol oral concentrate</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML (methadone hcl)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadose oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE (methadone hcl)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>mitigo injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1 or 1b*	
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	3	
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablet per 1 day)
MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml</i>	3	
<i>morphine sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (tapentadol hcl)	3	QL (181 tablets per 30 days)
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (tapentadol hcl)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (tapentadol hcl)	3	QL (8 tablet per 1 day)
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION (oliceridine fumarate)	3	
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
<i>oxycodone hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
QDOLO ORAL SOLUTION (tramadol hcl)	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>remifentanil hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ROXICODONE ORAL TABLET (oxycodone hcl)	3	QL (6 tablets per 1 day)
ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT 15 MG, 30 MG, 5 MG (oxycodone hcl)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (16 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (remifentanil hcl)	3	
*OPIOID COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
APADAZ ORAL TABLET (benzhydrocodone-acetaminophen)	3	QL (6 tablets per 1 day)
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML	1 or 1b*	QL (30 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
*OPIOID PARTIAL AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
BELBUCA BUCCAL FILM (buprenorphine hcl)	3	PA; QL (2 film per 1 day)
<i>buprenorphine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 package per 28 days)
<i>butorphanol tartrate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>nalbuphine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	QL (2 mL per 1 day)
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.7-0.18 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (23 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 1.4-0.36 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 11.4-2.9 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.9-0.71 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (5 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 5.7-1.4 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 8.6-2.1 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
*TRAMADOL COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablet per 1 day)
ANDROGENS-ANABOLIC - HORMONES		
*ANDROGENS*** - DRUGS FOR MEN		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>danazol oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>testosterone cypionate</i>)	1 or 1b*	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
NATESTO NASAL GEL (<i>testosterone</i>)	3	PA; QL (3 pump bottles per 30 days)
TESTOPEL IMPLANT PELLETT (<i>testosterone</i>)	3	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 pump per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 packet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>testosterone transdermal solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 pump bottle per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>testosterone enanthate</i>)	3	PA
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS - RECTAL PREPARATIONS		
*INTRARECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4.78 gm per 1 day)
<i>budesonide rectal foam 2 mg/act</i>	1 or 1b*	QL (4.78 grams per 1 day)
CORTENEMA RECTAL ENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	3	
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM (<i>hydrocortisone acetate</i>)	3	QL (2.15 gram per 1 day)
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	1 or 1b*	
*NITRATE VASODILATING AGENTS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>nitroglycerin rectal ointment</i>	1 or 1b*	QL (1 unit per 1 day)
RECTIV RECTAL OINTMENT (<i>nitroglycerin</i>)	3	QL (1 unit per 1 day)
*RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	3	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	3	
*RECTAL LOCAL ANESTHETICS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>eq hemorrhoid relief external cream</i>	1 or 1b*	
*RECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	3	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream</i>	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	1 or 1b*	
<i>procto-med hc external cream</i>	1 or 1b*	
<i>proctosol hc external cream</i>	1 or 1b*	
<i>proctozone-hc external cream</i>	1 or 1b*	
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTHELMINTICS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>albendazole oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET	3	
BILTRICIDE ORAL TABLET (<i>praziquantel</i>)	3	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE (<i>mebendazole</i>)	3	
<i>ivermectin oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 fill)
<i>praziquantel oral tablet</i>	1 or 1b*	
STROMEKTOL ORAL TABLET (<i>ivermectin</i>)	3	QL (9 tablets per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANTIANGINALS-OTHER*** - DRUGS FOR ANGINA		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET (<i>ranolazine</i>)	3	PA; QL (2 sachets per 1 day)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*NITRATES*** - DRUGS FOR ANGINA		
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET (<i>isosorbide dinitrate</i>)	3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	1 or 1b*	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT (<i>nitroglycerin</i>)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	2	
<i>nitroglycerin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
NITROGLYCERIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</i>	1 or 1b*	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	1 or 1b*	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION (<i>nitroglycerin</i>)	3	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	3	
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANTIANGINALS-OTHER*** - DRUGS FOR ANGINA		
<i>buspirone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>droperidol injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>meprobamate oral tablet</i>	3	
*BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>alprazolam</i>)	3	QL (4 mL per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diazepam injection solution 10 mg/2ml</i>	1 or 1a*	
<i>diazepam intensol oral concentrate</i>	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>diazepam oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lorazepam injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lorazepam intensol oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>oxazepam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANTIARRHYTHMICS - MISC.*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>adenosine intravenous solution 12 mg/4ml, 6 mg/2ml</i>	1 or 1b*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	1 or 1b*	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR <i>(disopyramide phosphate)</i>	2	
NORPACE ORAL CAPSULE <i>(disopyramide phosphate)</i>	3	
<i>procainamide hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1 or 1a*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe 50 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>mexiletine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>propafenone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE III*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>amiodarone hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION (ibutilide fumarate)	3	
<i>dofetilide oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>ibutilide fumarate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET (dronedaron hcl)	3	QL (2 tablets per 1 day)
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION (amiodarone hcl in dextrose)	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ADRENERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (umeclidinium-vilanterol)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone furoate-vilanterol)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (Breyza Inhalation Aerosol)</i>	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (budeson-glycopyrrol-formoterol)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (ipratropium-albuterol)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution</i>	1 or 1b*	QL (540 mL per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (tiotropium bromide-olodaterol)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT (fluticasone-umeclidin-vilant)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200-62.5-25 MCG/ACT (fluticasone-umeclidin-vilant)	2	QL (2 EA per 1 day)

MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	
*BETA ADRENERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution</i>	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	1 or 1b*	QL (360 mL per 30 days)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (5 MG/ML) 0.5%	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	QL (60 vial per 30 days)
BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (arformoterol tartrate)	3	QL (60 vial per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
<i>isoproterenol hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	1 or 1b*	QL (90 vials per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (formoterol fumarate)	3	QL (120 ML per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (albuterol sulfate)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (salmeterol xinafoate)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (olodaterol hcl)	3	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>terbutaline sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>terbutaline sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
*BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (ipratropium bromide hfa)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	1 or 1b*	QL (300 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE (tiotropium bromide monohydrate)	2	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
YUPELRI INHALATION SOLUTION (<i>revefenacin</i>)	3	ST; QL (1 vial per 1 day)
*LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ACCOLATE ORAL TABLET (<i>zafirlukast</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>montelukast sodium oral packet</i>	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zafirlukast oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
DALIRESP ORAL TABLET (<i>roflumilast</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>roflumilast oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*STEROID INHALANTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone furoate</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 50 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (4 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 44 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
*XANTHINES*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>aminophylline intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR (<i>theophylline</i>)	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>theophylline</i>)	2	QL (4 tablets per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (<i>theophylline</i>)	2	QL (3 capsules per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG (<i>theophylline</i>)	2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
*ANTICONVULSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	3	DO
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL SUSPENSION (<i>rufinamide</i>)	3	QL (80 mL per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (<i>rufinamide</i>)	3	DO
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (<i>rufinamide</i>)	3	QL (8 tablets per 1 day)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>brivaracetam</i>)	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION (<i>brivaracetam</i>)	3	QL (20 mL per 1 day)
BRIVIACT ORAL TABLET (<i>brivaracetam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (50 mL per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>epitol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral capsule</i>	1 or 1b*	DO
<i>gabapentin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (72 mL per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lacosamide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>lacosamide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>lacosamide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet chewable 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
LEVETIRACETAM IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>levetiracetam intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levetiracetam oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 50 MG (topiramate)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 150 MG, 200 MG (topiramate)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 25 MG (topiramate)	3	ST; DO
<i>roovepra oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>subvenite oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>subvenite starter kit-blue oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>subvenite starter kit-green oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>subvenite starter kit-orange oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>zonisamide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
*CARBAMATES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>felbamate oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>felbamate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 blister pack per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 pack per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (<i>cenobamate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 pack per 28 days)
*GABA MODULATORS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>tiagabine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>vigabatrin oral packet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
<i>vigabatrin oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
<i>vigadrone oral packet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
<i>vigabatrin</i> (Vigadrone Oral Tablet)	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
<i>vigabatrin</i> (Vigpoder Oral Packet)	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HYDANTOINS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
CEREBYX INJECTION SOLUTION (<i>fosphenytoin sodium</i>)	3	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>phenytoin</i>)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION (<i>phenytoin</i>)	3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION (<i>phenytoin</i>)	3	
<i>fosphenytoin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
PHENYTEK ORAL CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	1 or 1b*	
<i>phenytoin infatabs oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
*SUCCINIMIDES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
CELONTIN ORAL CAPSULE (<i>methsuximide</i>)	3	QL (4 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>methsuximide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
*VALPROIC ACID*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
<i>valproate sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>valproic acid oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>valproic acid oral solution</i>	1 or 1b*	
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>mirtazapine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
REMERON ORAL TABLET (<i>mirtazapine</i>)	3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>mirtazapine</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIDEPRESSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4.5 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
*MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 9 MG/24HR <i>(selegiline)</i>	3	QL (1 patch per 1 day)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR <i>(selegiline)</i>	3	DO
MARPLAN ORAL TABLET <i>(isocarboxazid)</i>	3	QL (6 tablets per 1 day)
NARDIL ORAL TABLET <i>(phenelzine sulfate)</i>	3	QL (6 tablets per 1 day)
PARNATE ORAL TABLET <i>(tranylcypromine sulfate)</i>	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>phenelzine sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>citalopram hydrobromide oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	
FLUOXETINE HCL ORAL TABLET 60 MG	3	
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
PAXIL ORAL SUSPENSION <i>(paroxetine hcl)</i>	3	ST
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	
<i>sertraline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*SEROTONIN MODULATORS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nefazodone hcl oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>vortioxetine hbr</i>)	2	DO
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG (<i>vortioxetine hbr</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>vilazodone hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG	3	ST; DO
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>levomilnacipran hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (<i>levomilnacipran hcl</i>)	3	ST; QL (28 pack per 365 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
*TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>amitriptyline hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1a*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 150 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>clomipramine hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>doxepin hcl oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>imipramine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
NORPRAMIN ORAL TABLET (desipramine hcl)	3	DO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (75 mL per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (nortriptyline hcl)	3	DO
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG (nortriptyline hcl)	3	QL (3 capsules per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 75 MG (nortriptyline hcl)	3	QL (2 capsules per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
ANTIDIABETICS - HORMONES		
*ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>acarbose oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>miglitol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
*ANTIDIABETIC - AMYLIN ANALOGS*** - DRUGS FOR DIABETES		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (pramlintide acetate)	2	QL (4 pens per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (pramlintide acetate)	2	QL (2 boxes per 30 days)
*BIGUANIDES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral solution</i>	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (3 tablets per 1 day)
RIOMET ORAL SOLUTION (<i>metformin hcl</i>)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
*DIABETIC OTHER*** - DRUGS FOR DIABETES		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 packs per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (<i>glucagon</i>)	3	QL (1 pack per 30 days)
<i>diazoxide oral suspension</i>	1 or 1b*	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT	1 or 1b*	QL (2 kits per 30 days)
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 packs per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>glucagon</i>)	3	QL (1 pack per 30 days)
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 packs per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION (<i>diazoxide</i>)	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>dasiglucagon hcl</i>)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>dasiglucagon hcl</i>)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin benzoate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET (<i>sitagliptin phosphate</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET ORAL TABLET (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*DPP-4 INHIBITOR-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*HUMAN INSULIN*** - DRUGS FOR DIABETES		
HUMALOG INJECTION SOLUTION (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	2	PA; QL (20 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	2	PA; QL (18 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO INJECTION SOLUTION	2	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV INJECTION SOLUTION (<i>insulin lispro-aabc</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro-aabc</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>insulin regular(human) in nacl</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (12 mL per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (13.5 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	2	QL (18 mL per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin degludec</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)*** - DRUGS FOR DIABETES		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tirzepatide</i>)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>liraglutide subcutaneous solution pen-injector</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 box per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 unit per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (0.11 mL per 1 day)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 carton per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML (<i>dulaglutide</i>)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML (<i>dulaglutide</i>)	2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>liraglutide</i>)	2	PA; QL (1 box per 30 days)
*INSULIN-INCRETIN MIMETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine-lixisenatide</i>)	2	ST; QL (5 pen per 25 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin degludec-liraglutide</i>)	2	ST; QL (5 pen per 30 days)
*MEGLITINIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>nateglinide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 3 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
*SULFONYLUREA-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
DUETACT ORAL TABLET (<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*THIAZOLIDINEDIONE-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
*THIAZOLIDINEDIONES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*ANTIDIARRHEAL - CHLORIDE CHANNEL ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>crofelemer</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>eq stomach relief oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>eq stomach relief oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
FORTIFY OPTIMA WOMENS ADV CARE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>probiotic product</i>)	2	
PRIMADOPHILUS KIDS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>probiotic product</i>)	1 or 1b*	
<i>probioflex oral capsule</i>	2	
<i>surebiotic probiotic support oral capsule</i>	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIPERISTALTIC AGENTS*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	1 or 1b*	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	1 or 1b*	
LOMOTIL ORAL TABLET (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	3	
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
MOTOFEN ORAL TABLET (<i>difenoxin-atropine</i>)	3	
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
*ANTIDOTE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT (<i>sodium nitrite-sod thiosulfate</i>)	3	
PREVDUO INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>neostigmine-glycopyrrolate</i>)	3	
*ANTIDOTES - CHELATING AGENTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
CHEMET ORAL CAPSULE (<i>succimer</i>)	3	
*ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>acetylcysteine</i>)	3	
<i>acetylcysteine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coag fact xa inactivated-zhzo</i>)	3	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sugammadex sodium</i>)	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hydroxocobalamin</i>)	3	
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>digoxin immune fab</i>)	3	
<i>edetate calcium disodium injection solution</i>	3	
<i>fomepizole intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue (antidote) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue intravenous solution prefilled syringe</i>	3	
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idarucizumab</i>)	3	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pralidoxime chloride</i>)	3	
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>methylene blue (antidote)</i>)	3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE (<i>prussian blue insoluble</i>)	3	
SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sugammadex sodium intravenous solution prefilled syringe 100 mg/ml</i>	3	
VISTOGARD ORAL PACKET (<i>uridine triacetate</i>)	3	PA; QL (20 packets per 30 days)
*BENZODIAZEPINE ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
<i>flumazenil intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
KLOXXADO NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
<i>nalmefene hcl injection solution</i>	3	QL (20 mL per 150 days)
<i>naloxone hcl injection solution</i>	1 or 1b*	QL (6 vial per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>	1 or 1b*	ST; QL (6 syringes per 3 months)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
<i>naloxone hcl nasal liquid</i>	1 or 1b*	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
OPVEE NASAL SOLUTION (<i>nalmefene hcl</i>)	2	QL (3 cartons per 90 days)
REXTOVY NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>naloxone hcl</i>)	2	QL (6 syringes per 3 monthss)
ANTIEMETICS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
ANZEMET ORAL TABLET (<i>dolasetron mesylate</i>)	3	QL (5 tablets per 30 days)
<i>granisetron hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>granisetron hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (8 mL per 1 day)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (24 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 16 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (24 tablets per 30 days)
PALONOSETRON HCL INTRAVENOUS SOLUTION 0.25 MG/2ML	3	PA
<i>palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA
<i>palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA
POSFREA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>palonosetron hcl</i>)	3	PA
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH (<i>granisetron</i>)	3	QL (4 patches per 28 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>granisetron</i>)	3	
*ANTIEMETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO ORAL CAPSULE (<i>netupitant-palonosetron</i>)	3	LD; QL (5 capsules per 25 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>doxylamine-pyridoxine</i>)	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<i>doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
*ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
ANTIVERT ORAL TABLET (<i>meclizine hcl</i>)	3	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE (<i>meclizine hcl</i>)	3	
DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION	3	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1a*	
<i>meclizine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour</i>	1 or 1b*	
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	3	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
*ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amisulpride (antiemetic)</i>)	3	
*ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
<i>dronabinol oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE (<i>dronabinol</i>)	3	QL (4 capsules per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION (<i>dronabinol</i>)	3	QL (8 mL per 1 day)
*SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION (<i>aprepitant</i>)	3	
<i>aprepitant oral</i>	1 or 1b*	QL (15 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 fill)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (15 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsules per 25 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION (<i>aprepitant</i>)	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>aprepitant</i>)	3	QL (15 kit per 30 days)
<i>focinvez intravenous solution</i>	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
<i>fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 vial per 30 days)
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>rolapitant hcl</i>)	3	QL (4 capsules per 28 days)
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (ECHINOCANDINS)*** - DRUGS FOR FUNGUS		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>casposfungin acetate</i>)	3	QL (1 vial per 1 day)
CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (1 vial per 1 day)
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>anidulafungin</i>)	3	
MICAFUNGIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>micafungin sodium-nacl intravenous solution</i>	3	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>micafungin sodium</i>)	3	
REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rezafungin acetate</i>)	3	
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOID)*** - ANTIBIOTICS		
BREXAFEMME ORAL TABLET (<i>ibrexafungerp citrate</i>)	3	PA; QL (4 tablets per 1 month)
*ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR FUNGUS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>amphotericin b lipid</i>)	3	
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amphotericin b liposome</i>)	3	
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
ANCOBON ORAL CAPSULE (<i>flucytosine</i>)	3	PA
<i>flucytosine oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>nystatin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*IMIDAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS		
<i>ketoconazole oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIHIISTAMINES - ETHANOLAMINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>carbinoxamine maleate er oral suspension extended release</i>	1 or 1b*	ST; QL (40 mL per 1 day)
<i>carbinoxamine maleate oral solution</i>	1 or 1b*	ST
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	ST
CLEMASTINE FUMARATE ORAL SYRUP	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
<i>clemastine fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir</i>	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (carbinoxamine maleate)	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
*ANTIHIISTAMINES - NON-SEDATING*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>cetirizine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
CLARINEX ORAL TABLET (desloratadine)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>eq allergy relief childrens oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>mm allergy relief 24 hour oral tablet</i>	1 or 1b*	
QUZYTIR INTRAVENOUS SOLUTION (cetirizine hcl)	3	
*ANTIHIISTAMINES - PHENOTHIAZINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION (promethazine hcl)	3	
<i>promethazine hcl injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>promethazine hcl oral solution</i>	1 or 1a*	QL (40 mL per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>promethazine hcl rectal suppository</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>promethegan rectal suppository 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
*ANTIHIISTAMINES - PIPERIDINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART		
*ACL INHIB-INTestinal CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
NEXLIZET ORAL TABLET (<i>bempedoic acid-ezetimibe</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
NEXLETOL ORAL TABLET (<i>bempedoic acid</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIHYPERTENSIVES - MISC.*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (<i>icosapent ethyl</i>)	2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (<i>icosapent ethyl</i>)	2	PA; QL (4 capsule per 1 day)
*BILE ACID SEQUESTRANTS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine light oral packet</i>	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
<i>cholestyramine light oral powder</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
<i>cholestyramine oral packet</i>	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
<i>cholestyramine oral powder</i>	1 or 1b*	QL (54 gm per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral packet</i>	3	QL (1 packet per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
COLESTID ORAL GRANULES (<i>colestipol hcl</i>)	3	QL (45 grams per 1 day)
COLESTID ORAL TABLET (<i>colestipol hcl</i>)	3	QL (16 tablets per 1 day)
<i>colestipol hcl oral granules</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 1 day)
<i>colestipol hcl oral packet</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
<i>colestipol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>prevalite oral packet</i>	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
<i>prevalite oral powder</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER (<i>cholestyramine light</i>)	3	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN ORAL PACKET (<i>cholestyramine</i>)	3	QL (6 packets per 1 day)
QUESTRAN ORAL POWDER (<i>cholestyramine</i>)	3	QL (54 gm per 1 day)
*FIBRIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FENOGLIDE ORAL TABLET (<i>fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
FIBRICOR ORAL TABLET (<i>fenofibric acid</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LIPOFEN ORAL CAPSULE (<i>fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
LOPID ORAL TABLET (<i>gemfibrozil</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
TRICOR ORAL TABLET (<i>fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*HMG COA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>pravastatin sodium oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>simvastatin oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*INTEST CHOLEST ABSORP INHIB-HMG COA REDUCTASE INHIB COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*MICROSOMAL TRIGLYCERIDE TRANSFER PROTEIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG (<i>lomitapide mesylate</i>)	3	PA; DO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG (<i>lomitapide mesylate</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
*NICOTINIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>niacin (antihyperlipidemic) oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>niacor oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PCSK9 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>alirocumab</i>)	3	PA; QL (2 pens per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>evolocumab</i>)	3	PA; QL (1 cartridge per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>evolocumab</i>)	3	PA; QL (2 syringe per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>evolocumab</i>)	3	PA; QL (2 syringe per 28 days)
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART		
*ACE INHIBITOR & CALCIUM CHANNEL BLOCKER COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	1 or 1b*	DO
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PRESTALIA ORAL TABLET 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	3	DO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*ACE INHIBITORS & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ACCURETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	3	DO
ACCURETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 5-6.25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	3	DO
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASERETIC ORAL TABLET (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	3	DO
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-25 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
*ACE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>benazepril hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>enalapril maleate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mg per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>enalapril maleate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1 or 1b*	
EPANED ORAL SOLUTION (<i>enalapril maleate</i>)	3	QL (40 mg per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fosinopril sodium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	DO
LOTENSIN ORAL TABLET 40 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>moexipril hcl oral tablet 7.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>perindopril erbumine oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
QBRELIS ORAL SOLUTION (<i>lisinopril</i>)	3	QL (40 mg per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>quinapril hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
DEMSEER ORAL CAPSULE (<i>metyrosine</i>)	3	PA; QL (16 capsules per 1 day); SP
DIBENZYLIN ORAL CAPSULE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	3	PA; QL (12 capsules per 1 day)
<i>metyrosine oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (16 capsules per 1 day); SP
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (12 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>phentolamine mesylate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & CA CHANNEL BLOCKER COMB*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg</i>	1 or 1b*	DO
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EDARBYCLOR ORAL TABLET (azilsartan-chlorthalidone)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1 or 1b*	DO
EDARBI ORAL TABLET 40 MG (azilsartan medoxomil)	3	DO
EDARBI ORAL TABLET 80 MG (azilsartan medoxomil)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>irbesartan oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>losartan potassium oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>telmisartan oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (80 mL per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANT-CA CHANNEL BLOCKER-THIAZIDES*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	3	QL (0.29 patches per 1 day)
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	3	QL (0.29 patches per 1 day)
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	3	QL (0.29 patches per 1 day)
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>clonidine hcl oral tablet 0.3 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>clonidine transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	QL (0.29 patches per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>methyldopa oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA ORAL TABLET 8 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prazosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>terazosin hcl oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
*ANTIHYPERTENSIVES - MISC.*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
VECAMYL ORAL TABLET (<i>mecamylamine hcl</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*BETA BLOCKER & DIURETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 100 ORAL TABLET (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 50 ORAL TABLET (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*DIRECT RENIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>aliskiren fumarate oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS)*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone oral tablet</i>	1 or 1b*	
INSPIRA ORAL TABLET (<i>eplerenone</i>)	3	
*VASODILATORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>hydralazine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydralazine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>minoxidil oral tablet</i>	1 or 1b*	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nitroprusside sodium-nacl</i>)	3	
<i>nitroprusside sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nitroprusside sodium-nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium nitroprusside intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
AEMCOLO ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>rifamycin sodium</i>)	3	PA; QL (12 tablets per 30 days)
FLAGYL ORAL CAPSULE (<i>metronidazole</i>)	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE (<i>miltefosine</i>)	3	PA; QL (84 capsules per 1 fill)
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>metronidazole oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>metronidazole oral tablet</i>	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentamidine isethionate</i>)	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
<i>tinidazole oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 tablets per 1 fill)
TRIMETHOPRIM ORAL TABLET	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (<i>rifaximin</i>)	3	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (<i>rifaximin</i>)	3	PA; QL (126 tablet per 252 days)
*ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
BACTRIM DS ORAL TABLET (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	3	
BACTRIM ORAL TABLET (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	1 or 1a*	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>sulfatrim pediatric oral suspension</i>	1 or 1a*	
*ANTIPROTOZOAL AGENTS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>atovaquone oral suspension</i>	1 or 1b*	
LAMPIT ORAL TABLET (<i>nifurtimox</i>)	3	
MEPRON ORAL SUSPENSION (<i>atovaquone</i>)	3	
<i>nitazoxanide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 fill)
*BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS** - DRUGS FOR INFECTIONS		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sulbactam sod-durlobactam sod</i>)	3	
*CARBAPENEM COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imipenem-cilastatin</i>)	3	
RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imipenem-cilastatin-relebactam</i>)	3	
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>meropenem-vaborbactam</i>)	3	
*CARBAPENEMS*** - ANTIBIOTICS		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	3	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
*CHLORAMPHENICALS*** - ANTIBIOTICS		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*CYCLIC LIPOPEPTIDES*** - ANTIBIOTICS		
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>daptomycin-sodium chloride intravenous solution</i>	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*GLYCOPEPTIDES*** - ANTIBIOTICS		
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>dalbavancin hcl</i>)	3	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vancomycin hcl</i>)	3	PA; QL (1200 mL per 30 days)
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	3	
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	3	
VANCOGIN ORAL CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	3	PA; QL (240 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1.5-5 gm/300ml-%</i>	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 500-5 MG/100ML-%	3	QL (200 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 750-5 MG/150ML-%	3	QL (300 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 500-0.9 MG/100ML-%	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1250 MG/250ML	3	QL (500 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1500 MG/300ML	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1750 MG/350ML	3	QL (700 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/400ML	3	QL (800 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/100ML	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/150ML	3	QL (300 mL per 1 day)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.75 gm, 2 gm, 500 mg</i>	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM, 1.5 GM, 750 MG	3	QL (2 vials per 1 day)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 5 gm</i>	3	QL (1 vial per 30 days)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 100 gm</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (240 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG/5ML	1 or 1b*	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>telavancin hcl</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*LEPROSTATICS*** - ANTIBIOTICS		
<i>dapsone oral tablet</i>	1 or 1b*	
*LINCOSAMIDES*** - ANTIBIOTICS		
CLEOCIN ORAL CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	3	
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	3	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	
<i>clindamycin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NA CL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>clindamycin phosphate injection solution</i>	1 or 1b*	
LINCOCIN INJECTION SOLUTION (<i>lincomycin hcl</i>)	3	
<i>lincomycin hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
*MONOBACTAMS*** - ANTIBIOTICS		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aztreonam</i>)	3	
<i>aztreonam injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*OXAZOLIDINONES*** - ANTIBIOTICS		
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution</i>	3	
<i>linezolid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (900 mL per 30 days)
<i>linezolid oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (28 tablet per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tedizolid phosphate</i>)	3	
SIVEXTRO ORAL TABLET (<i>tedizolid phosphate</i>)	3	PA; QL (6 tablet per 30 days)
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>linezolid</i>)	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>linezolid</i>)	3	PA; QL (900 mL per 30 days)
ZYVOX ORAL TABLET (<i>linezolid</i>)	3	PA; QL (28 tablet per 30 days)
*POLYMYXINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>colistimethate sodium</i>)	3	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*URINARY ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS		
<i>fosfomicin tromethamine oral packet</i>	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET (<i>methenamine hippurate</i>)	3	
MACROBID ORAL CAPSULE (<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MACRODANTIN ORAL CAPSULE (<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>)	3	
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5ml</i>	3	
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIMALARIAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET (<i>artemether-lumefantrine</i>)	3	
MALARONE ORAL TABLET (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	3	
*ANTIMALARIALS*** - DRUGS FOR PARASITES		
ARAKODA ORAL TABLET (<i>tafenoquine succinate</i>)	3	QL (64 tablets per 1 year)
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i>	1 or 1a*	
DARAPRIM ORAL TABLET (<i>pyrimethamine</i>)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 400 MG	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
KRINTAFEL ORAL TABLET (<i>tafenoquine succinate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 fill)
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET	3	
<i>pyrimethamine oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
QUALAQUIN ORAL CAPSULE (<i>quinine sulfate</i>)	3	PA; QL (60 capsule per 30 days)
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 capsule per 30 days)
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
*ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>neostigmine methylsulfate</i>)	3	
MESTINON ORAL SOLUTION (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
MESTINON ORAL TABLET (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML, 5 MG/10ML	3	
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>pyridostigmine bromide oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS*** - ANTIBIOTICS		
<i>cycloserine oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>ethambutol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>isoniazid injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>isoniazid oral syrup</i>	1 or 1a*	
<i>isoniazid oral tablet</i>	1 or 1a*	
PRETOMANID ORAL TABLET	3	
PRIFTIN ORAL TABLET (<i>rifapentine</i>)	2	
<i>pyrazinamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>rifabutin oral capsule</i>	1 or 1b*	
RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rifampin</i>)	3	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>rifampin oral capsule</i>	1 or 1b*	
SIRTURO ORAL TABLET (<i>bedaquiline fumarate</i>)	3	
TRECTOR ORAL TABLET (<i>ethionamide</i>)	3	
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES - DRUGS FOR CANCER		
*ALKYLATING AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bendamustine hcl</i>)	3	PA; LD; SP
<i>bendamustine hcl intravenous solution</i>	3	PA; LD; SP
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bendamustine hcl</i>)	3	PA; LD; SP
<i>busulfan intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>busulfan</i>)	3	SP
<i>carboplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>cisplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
CISPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
MYLERAN ORAL TABLET (<i>busulfan</i>)	2; OC	OC
<i>oxaliplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>paraplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thiotepa</i>)	3	SP
<i>thiotepa injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bendamustine hcl</i>)	3	PA; LD; SP
<i>vivimusta intravenous solution</i>	3	PA; LD; SP
ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>lurbnectedin</i>)	3	PA; LD; SP
*ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTIADRENALS*** - DRUGS FOR CANCER		
LYSODREN ORAL TABLET (<i>mitotane</i>)	2; OC	QL (38 tablet per 1 day); OC
*ANTIANDROGENS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bicalutamide oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
CASODEX ORAL TABLET (<i>bicalutamide</i>)	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG (<i>apalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG (<i>apalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
EULEXIN ORAL CAPSULE (<i>flutamide</i>)	3; OC	OC
<i>nilutamide oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
NUBEQA ORAL TABLET (<i>darolutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL CAPSULE (<i>enzalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (<i>enzalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTIESTROGENS*** - DRUGS FOR CANCER		
FARESTON ORAL TABLET (<i>toremifene citrate</i>)	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
SOLTAMOX ORAL SOLUTION (<i>tamoxifen citrate</i>)	2; OC; \$0	OC
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	OC
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
*ANTIMETABOLITES*** - DRUGS FOR CANCER		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pemetrexed disodium</i>)	3	PA; SP
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nelarabine</i>)	3	SP
<i>azacitidine injection suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ALECENSA ORAL CAPSULE (<i>alectinib hcl</i>)	2; OC	PA; LD; QL (8 capsule per 1 day); SP; OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; QL (6 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 pack per 30 days); OC
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (<i>lorlatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (<i>lorlatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYKADIA ORAL TABLET (<i>ceritinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - ANTIBODY COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nivolumab-relatlimab-rmbw</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mogamulizumab-kpkc</i>)	3	LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tafasitamab-cxix</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>loncastuximab tesirine-lpyl</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>ofatumumab</i>)	3	PA; SP
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>obinutuzumab</i>)	3	PA; LD; SP
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-arrx</i>)	3	PA; LD; SP
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab</i>)	3	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-dttb</i>)	3	ST; LD; SP
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pertuzumab</i>)	3	PA; LD; SP
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-qyyp</i>)	3	ST; SP
TUKYSA ORAL TABLET (<i>tucatinib</i>)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>enfortumab vedotin-ejfv</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dostarlimab-gxly</i>)	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pembrolizumab</i>)	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cemiplimab-rwlc</i>)	3	PA
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>toripalimab-tpzi</i>)	3	PA; LD; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nivolumab</i>)	3	PA; LD; SP
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tislelizumab-jsgr</i>)	3	PA; SP
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>retifanlimab-dlwr</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>avelumab</i>)	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>durvalumab</i>)	3	PA; LD; SP
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>atezolizumab</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>elotuzumab</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tisotumab vedotin-tftv</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - BCL-2 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; QL (6 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; QL (1 pack per 365 days); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>dasatinib oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
SPRYCEL ORAL TABLET (<i>dasatinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
TASIGNA ORAL CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	2; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - BISPECIFIC T-CELL ENGAGERS*** - DRUGS FOR CANCER		
BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>blinatumomab</i>)	3	PA; LD; SP
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>glofitamab-gxbm</i>)	3	PA; LD; SP
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>elranatamab-bcmm</i>)	3	PA
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>epcoritamab-bysp</i>)	3	PA
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tarlatamab-dlle</i>)	3	PA; SP
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tebentafusp-tebn</i>)	3	PA
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mosunetuzumab-axgb</i>)	3	PA; LD; SP
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>talquetamab-tgvs</i>)	3	PA
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>teclistamab-cqyv</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTIC - BRAF KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE (<i>encorafenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>tovorafenib</i>)	3; OC	PA; QL (8 bottles per 28 days); OC
OJEMDA ORAL TABLET (<i>tovorafenib</i>)	3; OC	PA; QL (24 tablets per 28 days); OC
TAFINLAR ORAL CAPSULE (<i>dabrafenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE (<i>dabrafenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (15 tablets per 1 day); SP; OC
ZELBORAF ORAL TABLET (<i>vemurafenib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (8 tablet per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BRUKINSA ORAL CAPSULE (<i>zanubrutinib</i>)	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
CALQUENCE ORAL TABLET (<i>acalabrutinib maleate</i>)	2; OC	PA; QL (2 capsules per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; QL (3 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; QL (8 mL per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG (<i>pirtobrutinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG (<i>pirtobrutinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cetuximab</i>)	3	PA; SP
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
<i>gefitinib oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GILOTRIF ORAL TABLET (<i>afatinib dimaleate</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
IRESSA ORAL TABLET (<i>gefitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG (<i>lazertinib mesylate</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG (<i>lazertinib mesylate</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>necitumumab</i>)	3	LD; SP
TAGRISSO ORAL TABLET (<i>osimertinib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>panitumumab</i>)	3	PA; LD; SP
VIZIMPRO ORAL TABLET (<i>dacomitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - FGFR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG (<i>erdafitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG (<i>erdafitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG (<i>erdafitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>futibatinib</i>)	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (futibatinitib)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (futibatinitib)	3; OC	PA; QL (5 tablets per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG (pemigatinib)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 4.5 MG, 9 MG (pemigatinib)	3; OC	PA; QL (14 tablets per 21 days); OC
*ANTINEOPLASTIC - GAMMA SECRETASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (nirogacestat hydrobromide)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG (nirogacestat hydrobromide)	3; OC	PA; QL (6 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG (glasdegib maleate)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG (glasdegib maleate)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (vismodegib)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ODOMZO ORAL CAPSULE (sonidegib phosphate)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
WELIREG ORAL TABLET (belzutifan)	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (belinostat)	3	PA; LD; SP
ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (romidepsin)	3	PA; LD; SP
<i>romidepsin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLINZA ORAL CAPSULE (vorinostat)	2; OC	PA; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - HORMONAL AND RELATED AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER		
AKEEGA ORAL TABLET (niraparib-abiraterone acetate)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - IMMUNOMODULATORS*** - DRUGS FOR CANCER		
POMALYST ORAL CAPSULE (pomalidomide)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
KRAZATI ORAL TABLET (<i>adagrasib</i>)	3; OC	PA; QL (6 tablets per 1 day); OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG (<i>sotorasib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP; OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG (<i>sotorasib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
COTELLIC ORAL TABLET (<i>cobimetinib fumarate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG (<i>selumetinib sulfate</i>)	3; OC	PA; QL (8 capsules per 1 day); OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG (<i>selumetinib sulfate</i>)	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (40 mL per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
MEKTOVI ORAL TABLET (<i>binimetinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TABRECTA ORAL TABLET (<i>capmatinib hcl</i>)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TEPMETKO ORAL TABLET (<i>tepotinib hcl</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TAZVERIK ORAL TABLET (<i>tazemetostat hbr</i>)	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; SP; OC
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	1 or 1b*; OC	PA; SP; OC
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>sirolimus protein-bound part</i>)	3	PA
<i>temsirolimus intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; SP
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>temsirolimus</i>)	3	PA; SP
<i>everolimus</i> (Torpenz Oral Tablet)	1 or 1b*; OC	PA; SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
CABOMETYX ORAL TABLET (<i>cabozantinib s-malate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (<i>vandetanib</i>)	2; OC	PA; QL (3 tablet per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (<i>vandetanib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose-pack per 56 days); SP; OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
FOTIVDA ORAL CAPSULE (<i>tivozanib hcl</i>)	3; OC	PA; QL (21 capsules per 28 days); OC
<i>lapatinib ditosylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
NERLYNX ORAL TABLET (<i>neratinib maleate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
NEXAVAR ORAL TABLET (<i>sorafenib tosylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
<i>pazopanib hcl oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
QINLOCK ORAL TABLET (<i>ripretinib</i>)	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
RYDAPT ORAL CAPSULE (<i>midostaurin</i>)	3; OC	PA; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
<i>sorafenib tosylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
STIVARGA ORAL TABLET (<i>regorafenib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (84 tablets per 28 days); SP; OC
<i>sunitinib malate oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
SUTENT ORAL CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
TURALIO ORAL CAPSULE (<i>pexidartinib hcl</i>)	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
VANFLYTA ORAL TABLET (<i>quizartinib dihydrochloride</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
XOSPATA ORAL TABLET (<i>gilteritinib fumarate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amivantamab-vmjw</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AYVAKIT ORAL TABLET (<i>avapritinib</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - PROTEASOME INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	3	PA; SP
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>carfilzomib</i>)	3	PA; LD; SP
NINLARO ORAL CAPSULE (<i>ixazomib citrate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 28 days); SP; OC
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bortezomib</i>)	3	PA; SP
*ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
GAVRETO ORAL CAPSULE (<i>pralsetinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - TROPOMYOSIN RECEPTOR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AUGTYRO ORAL CAPSULE (<i>repotrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG (<i>entrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG (<i>entrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL PACKET (<i>entrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (12 packets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL SOLUTION (<i>larotrectinib sulfate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; QL (1 pack per 1 week); OC
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	3; OC	PA; QL (32 tablets per 28 weeks); OC
*ANTINEOPLASTIC ANTIBIOTICS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>adriamycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>dactinomycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
DAUNORUBICIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
DOXIL INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>doxorubicin hcl liposomal</i>)	3	PA; SP
<i>doxorubicin hcl intravenous solution</i>	3	SP
<i>doxorubicin hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension</i>	1 or 1b*	PA; SP
ELLENCÉ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>epirubicin hcl</i>)	3	PA; SP
IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idarubicin hcl</i>)	3	SP
<i>idarubicin hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mitomycin</i>)	3	PA
<i>mitomycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>mitomycin intravesical solution prefilled syringe</i>	3	
<i>mutamycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>valrubicin intravesical solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION (<i>valrubicin</i>)	3	LD; SP
*ANTINEOPLASTIC -ANTIBODY FOR RADIOPHARMACEUTICAL THERAPY*** - DRUGS FOR CANCER		
ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT (<i>ibritumomab tiuxetan for y-90</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTIC ANTIBODY-DRUG COMPLEXES*** - DRUGS FOR CANCER		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mirvetuximab soravtansine-gynx</i>)	3	PA
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fam-trastuzumab deruxtec-nxki</i>)	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ado-trastuzumab emtansine</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>daratumumab-hyaluronidase-fihj</i>)	3	PA; LD; SP
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>trastuzumab-hyaluronidase-oyyk</i>)	3	LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INQOVI ORAL TABLET (<i>decitabine-cedazuridine</i>)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 28 days); SP; OC
LONSURF ORAL TABLET (<i>trifluridine-tipiracil</i>)	3; OC	PA; LD; SP; OC
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pertuz-trastuz-hyaluron-zzxf</i>)	3	PA; LD; SP
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>rituximab-hyaluronidase human</i>)	3	LD; SP
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>atezolizumab-hyaluronidas-tqjs</i>)	3	PA
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>daunorubicin-cytarabine lipo</i>)	3	LD; SP
*ANTINEOPLASTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR CANCER		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>calaspargase pegol-mknl</i>)	3	PA
ONCASPAR INJECTION SOLUTION (<i>pegaspargase</i>)	3	PA
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>asparaginase erwinia chry-rywn</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC RADIOPHARMACEUTICALS*** - DRUGS FOR CANCER		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lutetium lu 177 dotatate</i>)	3	PA
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lutetium lu 177 vipivotide tet</i>)	3	PA
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>radium ra 223 dichloride</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTICS - INTERLEUKINS & AGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER		
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION (<i>nogapendekin alfa inbakic-pmln</i>)	3	PA; SP
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tagraxofusp-erzs</i>)	3	PA
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aldesleukin</i>)	3	PA; SP
*ANTINEOPLASTICS - PHOTOACTIVATED AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>porfimer sodium</i>)	3	
UVADEX EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>methoxsalen (photopheresis)</i>)	3	
*ANTINEOPLASTICS MISC.*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>arsenic trioxide intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i>)	3	PA; QL (2 mL per 28 days)
<i>dacarbazine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
HYDREA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	3; OC	OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	OC
MATULANE ORAL CAPSULE (<i>procarbazine hcl</i>)	2; OC	OC
NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentostatin</i>)	3	SP
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>arsenic trioxide</i>)	3	SP
*AROMATASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>anastrozole oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day); OC
AROMASIN ORAL TABLET (<i>exemestane</i>)	3; OC	QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>exemestane oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	QL (2 tablets per 1 day); OC
FEMARA ORAL TABLET (<i>letrozole</i>)	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>letrozole oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day); OC
*CARBOXYPEPTIDASE ENZYME AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>glucarpidase</i>)	3	
*CARDIAC PROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>dexrazoxane intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
*CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - HYPERURICEMIA AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rasburicase</i>)	3	PA; SP
*CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - KERATINOCYTE GROWTH FACTORS*** - DRUGS FOR CANCER		
KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>palifermin</i>)	3	SP
*CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IBRANCE ORAL CAPSULE (<i>palbociclib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (21 tablets per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 125 MG (<i>palbociclib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	2; OC	PA; QL (0.75 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	2; OC	PA; QL (1.5 tablets per 1 day); SP; OC
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	2; OC	PA; QL (2.25 tablets per 1 day); SP; OC
VERZENIO ORAL TABLET (<i>abemaciclib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*JANUS ASSOCIATED KINASE (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
INREBIC ORAL CAPSULE (<i>fedratinib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
JAKAFI ORAL TABLET (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
OJJAARA ORAL TABLET (<i>momelotinib dihydrochloride</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
VONJO ORAL CAPSULE (<i>pacritinib citrate</i>)	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
*LHRH ANALOGS*** - DRUGS FOR CANCER		
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>leuprolide mesylate (6 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 24 weekss)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate (4 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 112 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 168 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 28 days); SP
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable</i>	3	PA; QL (1 kit per 12 weeks); SP
<i>leuprolide acetate injection kit</i>	1 or 1b*	PA; SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	3	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	3	PA; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (<i>leuprolide acetate (4 month)</i>)	3	PA; QL (1 kit per 112 days); SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe kit per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; QL (1 vial per 84 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG (<i>goserelin acetate</i>)	3	PA; QL (1 EA per 84 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG (<i>goserelin acetate</i>)	3	PA; QL (1 unit per 28 days); SP
*MITOTIC INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>paclitaxel protein-bound part</i>)	3	PA; LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>docetaxel</i>)	3	PA; SP
<i>eribulin mesylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; SP
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>etoposide phosphate</i>)	3	SP
<i>etoposide intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>etoposide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	SP; OC
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eribulin mesylate</i>)	3	PA; SP
IXEMPRA KIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ixabepilone</i>)	3	PA; SP
JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cabazitaxel</i>)	3	PA; LD; SP
<i>paclitaxel intravenous concentrate</i>	1 or 1b*	SP
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
<i>vinblastine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>vincristine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
*MYELOPROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
COSELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trilaciclib dihydrochloride</i>)	3	PA
*NITROGEN MUSTARDS AND RELATED ANALOGUES*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/5ml</i>	3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML	3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2 GM/10ML	3	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i>	3	
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	SP; OC
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3; OC	OC
EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	LD; SP
HEPZATO W/50MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	
HEPZATO W/62MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	
IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ifosfamide</i>)	3	SP
<i>ifosfamide intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1 or 1b*	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM	3	SP
LEUKERAN ORAL TABLET (<i>chlorambucil</i>)	2; OC	OC
<i>melphalan hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
*NITROSOUREAS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>carmustine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (<i>lomustine</i>)	3; OC	PA; SP; OC
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER (<i>carmustine in polifeprosan</i>)	3	
ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>streptozocin</i>)	3	SP
*OLIGONUCLEOTIDE TELOMERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imetelstat sodium</i>)	3	PA
*ORNITHINE DECARBOXYLASE (ODC) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IWILFIN ORAL TABLET (<i>eflornithine hcl</i>)	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); OC
*OTOPROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sodium thiosulfate</i>)	3	PA
*PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>copanlisib hcl</i>)	3	PA
COPIKTRA ORAL CAPSULE (<i>duvelisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYDELIG ORAL TABLET (<i>idelalisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
LYNPARZA ORAL TABLET (<i>olaparib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
RUBRACA ORAL TABLET (<i>rucaparib camsylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TALZENNA ORAL CAPSULE (<i>talazoparib tosylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZEJULA ORAL TABLET (<i>niraparib tosylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml</i>	1 or 1b*; OC	OC
<i>megestrol acetate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	OC
*RETINOIDS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>tretinoin oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	OC
*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS*** - DRUGS FOR CANCER		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG (<i>elacestrant hydrochloride</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG (<i>elacestrant hydrochloride</i>)	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
*SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bexarotene oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
*TETRAHYDROISOQUINOLINES*** - DRUGS FOR CANCER		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trabectedin</i>)	3	LD; SP
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sacituzumab govitecan-hziy</i>)	3	PA
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>irinotecan hcl</i>)	3	SP
HYCAMTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>topotecan hcl</i>)	3	SP
HYCAMTIN ORAL CAPSULE (<i>topotecan hcl</i>)	2; OC	PA; SP; OC
<i>irinotecan hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE (<i>irinotecan hcl liposome</i>)	3	LD; SP
TOPOTECAN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
<i>topotecan hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
*URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>mesna intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mesna</i>)	3	PA
MESNEX ORAL TABLET (<i>mesna</i>)	2	PA
*VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab</i>)	3	PA; LD; SP
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ramucirumab</i>)	3	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG (<i>fruquintinib</i>)	3; OC	PA; QL (84 capsules per 28 days); OC
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG (<i>fruquintinib</i>)	3; OC	PA; QL (21 capsules per 28 days); OC
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (<i>axitinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (<i>axitinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (90 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab-awwb</i>)	3	PA; LD; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ziv-aflibercept</i>)	3	PA; LD; SP
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>benztropine mesylate injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>benztropine mesylate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet</i>	1 or 1a*	
*ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>amantadine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; DO
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; DO
PARLODEL ORAL CAPSULE (<i>bromocriptine mesylate</i>)	3	
PARLODEL ORAL TABLET (<i>bromocriptine mesylate</i>)	3	
*ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG (<i>rasagiline mesylate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
AZILECT ORAL TABLET 1 MG (<i>rasagiline mesylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG (<i>safinamide mesylate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XADAGO ORAL TABLET 50 MG (<i>safinamide mesylate</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>selegiline hcl</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
TASMAR ORAL TABLET (<i>tolcapone</i>)	3	PA; QL (6 tablet per 1 day)
<i>tolcapone oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
*DECARBOXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa oral tablet</i>	1 or 1b*	
LODOSYN ORAL TABLET (<i>carbidopa</i>)	3	
*LEVODOPA COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet</i>	1 or 1b*	
DHIVY ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	PA; LD; SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	QL (12 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	QL (9 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	QL (10 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SINEMET ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	
*NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>pramipexole dihydrochloride</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>rotigotine</i>)	3	QL (1 patch per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>ropinirole hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PERIPHERAL COMT INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>entacapone oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG (<i>opicapone</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 50 MG (<i>opicapone</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTIMANIC AGENTS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>lithium carbonate oral capsule 600 mg</i>	1 or 1a*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	1 or 1a*	DO
<i>lithium oral solution</i>	1 or 1b*	
*ANTIPSYCHOTICS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG (<i>lumateperone tosylate</i>)	3	ST; DO
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG (<i>lumateperone tosylate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (<i>carbamazepine (antipsychotic)</i>)	3	QL (8 capsules per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (<i>carbamazepine (antipsychotic)</i>)	3	QL (5 capsules per 1 day)
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ziprasidone mesylate</i>)	3	AL; QL (6 vials per 28 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	AL
<i>lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>lurasidone hcl oral tablet 60 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG (<i>cariprazine hcl</i>)	3	ST; DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG (<i>cariprazine hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 capsules per 1 day)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 vials per 28 days)
*BENZISOXAZOLES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG (<i>iloperidone</i>)	3	ST; DO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (<i>iloperidone</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET (<i>iloperidone</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 year)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (3.5 mL per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (5 mL per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (0.88 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1.32 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1.75 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (2.63 mL per 90 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>risperidone</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 injections per 28 days)
<i>risperidone oral solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
*BUTYROPHENONES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML (<i>haloperidol decanoate</i>)	3	AL; QL (5 injections per 30 days)
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/ML (<i>haloperidol decanoate</i>)	3	AL; QL (5 ampules per 30 days)
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 injections per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 ampules per 30 days)
<i>haloperidol lactate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
*DIBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION (<i>clozapine</i>)	3	AL; QL (18 mL per 1 day)
*DIBENZO-OXEPINO PYRROLES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>asenapine</i>)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
*DIBENZOTHIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
*DIBENZOXAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>loxapine</i>)	3	AL
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>loxapine succinate oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 capsules per 1 day)
*DIHYDROINDOLONES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PHENOTHIAZINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>chlorpromazine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	AL
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 100 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 30 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (26 mL per 1 day)
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>compro rectal suppository</i>	1 or 1b*	AL
<i>fluphenazine decanoate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>fluphenazine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	1 or 1b*	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>fluphenazine hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>perphenazine oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>prochlorperazine edisylate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	1 or 1a*	AL
<i>prochlorperazine rectal suppository</i>	1 or 1b*	AL
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>thioridazine hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
*QUINOLINONE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (aripiprazole)	3	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (aripiprazole)	3	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole w/ sens-strip-pod)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (aripiprazole w/ sens-strip-pod)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole w/ sens-strip-pod)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (aripiprazole w/ sens-strip-pod)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aripiprazole oral solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 1 fill)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	3	AL; QL (1 kit per 60 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG (<i>brexpiprazole</i>)	3	ST; DO
REXULTI ORAL TABLET 4 MG (<i>brexpiprazole</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*THIENBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 injections per 1 fill)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 20 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG (<i>olanzapine pamoate</i>)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG (<i>olanzapine pamoate</i>)	3	AL; QL (1 injections per 28 days)
*THIOXANTHENES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>thiothixene oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 capsules per 1 day)
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
*ANTISEPTICS & DISINFECTANTS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
<i>formaldehyde external solution 10 %</i>	1 or 1b*	
*CHLORINE ANTISEPTICS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
BENZALKONIUM CHLORIDE EXTERNAL SOLUTION	3	
*IODINE ANTISEPTICS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
LUGOLS STRONG IODINE EXTERNAL SOLUTION	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIVIRALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIRETROVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
BIKTARVY ORAL TABLET (<i>bictegravir-emtricitab-tenofovir</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML (<i>cabotegravir & rilpivirine</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 & 900 MG/3ML (<i>cabotegravir & rilpivirine</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 60 days)
CIMDUO ORAL TABLET (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
COMPLERA ORAL TABLET (<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
DELSTRIGO ORAL TABLET (<i>doravirin-lamivudin-tenofovir df</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET (<i>dolutegravir-lamivudine</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
EVOTAZ ORAL TABLET (<i>atazanavir-cobicistat</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
GENVOYA ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
JULUCA ORAL TABLET (<i>dolutegravir-rilpivirine</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
KALETRA ORAL SOLUTION (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	3	QL (16 mL per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	3	QL (10 tablets per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	1 or 1b*	QL (16 mL per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
ODEFSEY ORAL TABLET (<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir af</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET (<i>darunavir-cobicistat</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofdf</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
SYMTUZA ORAL TABLET (<i>darun-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET (<i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	2	QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>lenacapavir sodium</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lenacapavir sodium</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks)
*ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR)*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>maraviroc oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SELZENTRY ORAL SOLUTION (<i>maraviroc</i>)	3	QL (62 mL per 1 day)
SELZENTRY ORAL TABLET (<i>maraviroc</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - CD4-DIRECTED POST-ATTACHMENT INHIBITOR*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibalizumab-uiyk</i>)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days)
*ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>enfuvirtide</i>)	2	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - GP120-DIRECTED ATTACHMENT INHIBITOR*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>fostemsavir tromethamine</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>cabotegravir</i>)	3	LD; QL (1 vial per 2 monthss)
ISENTRESS HD ORAL TABLET (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL PACKET (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (2 packets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET (<i>dolutegravir sodium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (<i>dolutegravir sodium</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
APTIVUS ORAL CAPSULE (<i>tipranavir</i>)	2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
NORVIR ORAL PACKET (<i>ritonavir</i>)	3	QL (12 packets per 1 day)
NORVIR ORAL TABLET (<i>ritonavir</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION (<i>darunavir</i>)	2	QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (<i>darunavir</i>)	2	QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir</i>)	2	QL (10 tablets per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 300 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
REYATAZ ORAL PACKET (<i>atazanavir sulfate</i>)	2	QL (5 packets per 1 day)
<i>ritonavir oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (<i>nefinavir mesylate</i>)	2	QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (<i>nefinavir mesylate</i>)	2	QL (4 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
EDURANT ORAL TABLET (<i>rilpivirine hcl</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 capsules per 1 day)
<i>efavirenz oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG (<i>etravirine</i>)	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG (<i>etravirine</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (<i>etravirine</i>)	2	PA; QL (16 tablets per 1 day)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nevirapine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>nevirapine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
PIFELTRO ORAL TABLET (<i>doravirine</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (32 mL per 1 day)
<i>abacavir sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ZIAGEN ORAL SOLUTION (<i>abacavir sulfate</i>)	3	QL (32 mL per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>emtricitabine oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION (<i>emtricitabine</i>)	2	QL (29 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL SOLUTION (<i>lamivudine</i>)	3	QL (32 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG (<i>lamivudine</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 300 MG (<i>lamivudine</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lamivudine oral solution</i>	1 or 1b*	QL (32 mL per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>zidovudine</i>)	2	
RETROVIR ORAL CAPSULE (<i>zidovudine</i>)	3	QL (6 capsules per 1 day)
RETROVIR ORAL SYRUP (<i>zidovudine</i>)	3	QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>zidovudine oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	2	QL (8 grams per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS ADJUVANTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
TYBOST ORAL TABLET (<i>cobicistat</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	3	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	3	QL (1 pack per 90 days)
*CMV AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>cidofovir intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>foscarnet sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>foscarnet sodium</i>)	3	
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>valganciclovir hcl</i>)	3	
VALCYTE ORAL TABLET (<i>valganciclovir hcl</i>)	3	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*HEPATITIS B AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HERPES AGENTS - PURINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	1 or 1b*	QL (30 tablets per 1 fill)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 30 days)
*HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 fill)
<i>famciclovir oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (21 tablets per 1 fill)
*INFLUENZA AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>rimantadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*MISC. ANTIVIRALS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE (<i>molnupiravir</i>)	3	QL (40 capsules per 90 days)
TEMBEXA ORAL SUSPENSION (<i>brincidofovir</i>)	3	
TEMBEXA ORAL TABLET (<i>brincidofovir</i>)	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tecovirimat</i>)	3	
TPOXX ORAL CAPSULE (<i>tecovirimat</i>)	3	
*NEURAMINIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (180 mL per 90 days)
RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION (<i>peramivir</i>)	3	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>zanamivir</i>)	2	QL (1 unit per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (<i>oseltamivir phosphate</i>)	3	QL (20 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (<i>oseltamivir phosphate</i>)	3	QL (10 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>oseltamivir phosphate</i>)	3	QL (180 mL per 90 days)
*PA ENDONUCLEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>baloxavir marboxil</i>)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>baloxavir marboxil</i>)	3	QL (1 dose pack per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>ribavirin inhalation solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (ribavirin)	3	
BETA BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART		
*ALPHA-BETA BLOCKERS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>carvedilol oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe 10 mg/2ml</i>	3	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>labetalol hcl oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
*BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acebutolol hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>atenolol oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>betaxolol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*	
BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION (esmolol hcl-sodium chloride)	3	
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION (esmolol hcl)	3	
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION (esmolol hcl-sodium chloride)	3	
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION (esmolol hcl-sodium chloride)	3	
<i>esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml</i>	1 or 1b*	
ESMOLOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/100ML, 2500 MG/250ML	3	
<i>esmolol hcl-sodium chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
KASPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE (metoprolol succinate)	3	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution</i>	1 or 1a*	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>nebivolol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION (<i>propranolol hcl</i>)	3	
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>propranolol hcl sr beads</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>propranolol hcl sr beads</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pindolol oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>pindolol oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>propranolol hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>propranolol hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl (af) oral tablet</i>	1 or 1b*	
SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
SOTYLIZE ORAL SOLUTION (<i>sotalol hcl</i>)	3	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART		
*CALCIUM CHANNEL BLOCKERS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nicardipine hcl in nacl</i>)	3	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	QL (3 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	DO
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION (<i>clevipidine</i>)	3	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (<i>levamlodipine maleate</i>)	3	ST; DO
CONJUPRI ORAL TABLET 5 MG (<i>levamlodipine maleate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DILTIAZEM HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>isradipine oral capsule 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
KATERZIA ORAL SUSPENSION (<i>amlodipine benzoate</i>)	3	PA; QL (10 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levamlodipine maleate oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>levamlodipine maleate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NICARDIPINE HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nicardipine hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
<i>nicardipine hcl oral capsule 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nifedipine oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nimodipine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (12 capsule per 1 day)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NORLIQVA ORAL SOLUTION (amlodipine besylate)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
NYMALIZE ORAL SOLUTION (nimodipine)	3	QL (60 mL per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (nifedipine)	3	DO
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG (nifedipine)	3	QL (2 tablets per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 90 MG (nifedipine)	3	QL (1 tablet per 1 day)
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG (nisoldipine)	3	DO
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG (nisoldipine)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (diltiazem hcl er beads)	3	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (<i>diltiazem hcl er beads</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (<i>diltiazem hcl er beads</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (<i>diltiazem hcl er beads</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg</i>	3	DO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>verapamil hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	DO
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	DO
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
CARDIOTONICS - DRUGS FOR THE HEART		
*CARDIAC GLYCOSIDES*** - DRUGS FOR THE HEART		
<i>digoxin injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>digoxin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 62.5 mcg</i>	1 or 1b*	DO
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN INJECTION SOLUTION (<i>digoxin</i>)	3	
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (<i>digoxin</i>)	2	
*INOTROPES*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>dobutamine hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DOBUTAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>milrinone lactate in dextrose intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>milrinone lactate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE HEART		
*CALCIUM CHANNEL BLOCKER & HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1 or 1b*	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	3	DO
*IMPOTENCE AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE HEART		
IFE-BIMIX 30/1 INTRACAVERNOSAL SOLUTION (<i>papaverine-phentolamine</i>)	3	
*NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>sacubitril-valsartan</i>)	3	QL (8 capsules per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET (<i>sacubitril-valsartan</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
*NITRATE & VASODILATOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
BIDIL ORAL TABLET (<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*PROSTAGLANDIN - IMPOTENCE AGENTS*** - DRUGS FOR THE HEART		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT (<i>alprostadil vasodilator</i>)	3	PA
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alprostadil vasodilator</i>)	3	PA
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT (<i>alprostadil vasodilator</i>)	3	PA
*SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART		
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	PA
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	PA
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 tablets per 30 days)
<i>vardeafil hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	PA
*SEPTAL AGENTS - ABLATION** - DRUGS FOR THE HEART		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION (<i>dehydrated alcohol</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*SINUS NODE INHIBITORS** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CORLANOR ORAL SOLUTION (<i>ivabradine hcl</i>)	3	PA; QL (4 ampules per 1 day)
<i>ivabradine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)*** - DRUGS FOR ANGINA		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>vericiguat</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VERQUVO ORAL TABLET 2.5 MG (<i>vericiguat</i>)	3	PA; QL (1 tablets per 1 day)
CEPHALOSPORINS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*CEPHALOSPORIN COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftazidime-avibactam</i>)	3	
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftolozane-tazobactam</i>)	3	
*CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefadroxil oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM	3	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1 or 1b*	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	3	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 3-4 gm/150ml-%</i>	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>cephalexin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	1 or 1a*	
<i>cephalexin oral tablet</i>	1 or 1a*	
*CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
CEFACTOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
<i>cefaclor oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cefotetan disodium</i>)	3	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cefotaxime sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefprozil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefdinir oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefixime oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefixime oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution</i>	1 or 1b*	QL (3000 mL per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 fills)
CEFTRIAOXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	QL (1 vial per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 fills)
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
CEFTRIAOXONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (60 IV Bags per 30 days)
<i>tazicef injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ceftazidime sodium in dextrose</i>)	3	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1 or 1b*	
CEFEPIME-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CEPHALOSPORINS - 5TH GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftaroline fosamil</i>)	3	
*CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES*** - ANTIBIOTICS		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cefiderocol sulfate tosylate</i>)	3	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR WOMEN		
*BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>azurette oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kariva oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (<i>norethin-eth estrad-fe biphas</i>)	2	\$0
<i>pimtreea oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>simliya oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>viorele oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>volnea oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>afirmelle oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>altavera oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>alyacen 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>apri oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aubra eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aviane oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ayuna oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
BALCOLTRA ORAL TABLET (<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i>)	3	
<i>balziva oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
BEYAZ ORAL TABLET (<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>)	3	
<i>blisovi 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>briellyn oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>charlotte 24 fe oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>chateal eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cryselle-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cyred eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>dasetta 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>delyla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>elinest oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>enskyce oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>estarylla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>falmina oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
FEMLYV ORAL TABLET DISPERSIBLE (norethindrone acet-ethinyl est)	3	\$0
<i>norethin ace-eth estrad-fe (Finzala Oral Tablet Chewable)</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gemmily oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hailey 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>isibloom oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>jasmiel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg (Joyeaux Oral Tablet)</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>juleber oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 24 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kaitlib fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kalliga oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kelnor 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kelnor 1/50 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kurvelo oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>layolis fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lessina oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin 1.5/30 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin 1/20 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loryna oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>low-ogestrel oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>lo-zumandimine oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>luteru oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>marlissa oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>merzee oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>mili oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>mono-lynyah oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET (drospirenone-estetrol)	3	\$0
<i>nikki oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nylia 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ocella oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>philith oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>portia-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>reclipsen oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
SAFYRAL ORAL TABLET (<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>)	3	
<i>sprintec 28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sronyx oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>syeda oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tarina 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>taysofy oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
TAYTULLA ORAL CAPSULE (<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>)	3	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Turqoz Oral Tablet)	1 or 1a*; \$0	
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE (<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>)	3	\$0
<i>tydemy oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vestura oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vienva oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>vyfemla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>vylibra oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>wera oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>wymzya fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
YASMIN 28 ORAL TABLET (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	3	
YAZ ORAL TABLET (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	3	
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>zumandimine oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>)	3	\$0
<i>xulane transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>zafemy transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
ANNOVERA VAGINAL RING (<i>segesterone-ethinyl estradiol</i>)	3	\$0
<i>eluryng vaginal ring</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring)	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring)	1 or 1b*; \$0	
NUVARING VAGINAL RING (<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	3	
*CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>amethyst oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dolishale oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg</i>	1 or 1b*; \$0	
*COPPER CONTRACEPTIVES - IUD*** - BIRTH CONTROL PILLS		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>copper</i>)	3	
*EMERGENCY CONTRACEPTIVES*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>aftera oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>afterpill oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
CURAE ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>econtra one-step oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ELLA ORAL TABLET (<i>ulipristal acetate</i>)	3; \$0	
HER STYLE ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>my choice oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>my way oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>new day oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>opcicon one-step oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>option 2 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>react oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>take action oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>ashlyna oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>camrese lo oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>camrese oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daysee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>iclevia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>introvale oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jaimiess oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jolessa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lojaimiess oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>rivelsa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>setlakin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>simpesse oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*FOUR PHASE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
NATAZIA ORAL TABLET (<i>estradiol valerate-dienogest</i>)	3	\$0
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE*** - BIRTH CONTROL PILLS		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</i>	1 or 1b*; \$0	
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD*** - BIRTH CONTROL PILLS		
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	SP
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	SP
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>camila oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>deblitane oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethindrone</i> (Emzahh Oral Tablet)	1 or 1b*; \$0	
<i>errin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>heather oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>incassia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jencycla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lyleq oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lyza oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nora-be oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethindrone oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norlyroc oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
OPILL ORAL TABLET (<i>norgestrel</i>)	2; \$0	
<i>sharobel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SLYND ORAL TABLET (<i>drospirenone</i>)	3	\$0
*TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aranelle oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>enpresse-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>leena oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonest oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tilia fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-estarylla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-legest fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-linyah oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-mili oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-mili oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-sprintec oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>trivora (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-vylibra oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>velivet oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
CORTICOSTEROIDS - HORMONES		
*GLUCOCORTICOSTEROIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>hydrocortisone</i>)	3	PA
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
CORTEF ORAL TABLET (<i>hydrocortisone</i>)	3	
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION (<i>methylprednisolone acetate</i>)	3	
DEXABLISS ORAL TABLET THERAPY PACK	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>dexamethasone</i>)	2	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sod phos + rfid injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution</i>	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION 4 MG/ML	3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
HEMADY ORAL TABLET (<i>dexamethasone</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone hexacetonide</i>)	3	
<i>hidex 6-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
KENALOG-10 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
KENALOG-40 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG (<i>methylprednisolone</i>)	3	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (<i>methylprednisolone</i>)	2	
MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>methylprednisolone</i>)	3	
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1a*	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	DO
PEDIAPRED ORAL SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	
<i>prednisolone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisolone oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1a*	DO
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>prednisone</i>)	3	
<i>prednisone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1a*	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hydrocortisone sod succinate</i>)	3	
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methylprednisolone sodium succ</i>)	3	
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methylprednisolone sodium succ</i>)	3	
<i>taperdex 12-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>taperdex 6-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>taperdex 7-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>budesonide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*MINERALOCORTICOIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
<i>fludrocortisone acetate oral tablet</i>	1 or 1b*	
*STEROID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
BLT-25 INJECTION KIT (<i>triamcinolone & bupiv & lido</i>)	3	
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION (<i>betamethasone sod phos & acet</i>)	3	
COUGH/COLD/ALLERGY - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>benzonatate oral capsule</i>	1 or 1b*	
*ANTITUSSIVE - OPIOID*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
HYCODAN ORAL SOLUTION (<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>)	3	AL; QL (150 mL per 5 days)
HYCODAN ORAL TABLET (<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>)	3	PA; QL (30 tablets per 5 days)
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet</i>	1 or 1a*	PA; QL (30 tablets per 5 days)
<i>hydromet oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
*ANTITUSSIVE-EXPECTORANT - DECONGEST-ANALGESIC*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>cvs pe head cong + flu sev oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ANTITUSSIVE-EXPECTORANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID	3	AL
<i>eq mucus relief dm max str oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>g tussin ac oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>guaifenesin-codeine oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID (<i>guaifenesin-codeine</i>)	2	AL
<i>maxi-tuss ac oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID (<i>guaifenesin-codeine</i>)	3	AL
*ANTITUSSIVE-EXPECTORANTS-DECONGESTANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID	3	AL
TUSNEL C ORAL SYRUP (<i>pseudoephedrine-codeine-gg</i>)	2	PA; QL (200 mL per 5 days)
*DECONGESTANT & ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>desloratadine-pseudoephedrine</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>eq allergy relief d 12 hour oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
EQ ALLERGY RELIEF NASAL DECONG ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	1 or 1b*	
<i>promethazine vc oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
*DECONGESTANT W/ EXPECTORANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>eq mucus relief d oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>eq mucus-d oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
*DECONGESTANT-ANALGESIC*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>eq sinus & cold-d oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
*MISC. RESPIRATORY INHALANTS*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 % (<i>sodium chloride</i>)	3	
<i>sodium chloride</i> (Nebusal Inhalation Nebulization Solution 3 %)	1 or 1b*	
<i>sodium chloride</i> (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)	1 or 1b*	
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	
*MUCOLYTICS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
<i>acetylcysteine inhalation solution</i>	1 or 1b*	
*NON-NARC ANTITUSSIVE-ANTIANTHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
NINJACOF ORAL LIQUID (<i>chlorthalidone-pyrimidine</i>)	2	
<i>promethazine-dm oral syrup</i>	3	QL (2 fills per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*NON-NARC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHIISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
NINJACOF-D ORAL LIQUID (<i>pse-pyrimilamine-chlorphedianol</i>)	2	
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup</i>	1 or 1b*	
*OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHIISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release</i>	1 or 1b*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-codeine oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (100 mL per 5 days)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>chlorpheniramine-codeine</i>)	3	AL; QL (10 tablets per 5 days)
*OPIOID ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHIISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CAPCOF ORAL SYRUP	3	AL; QL (300 mL per 5 days)
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID	2	AL; QL (150 mL per 5 days)
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID	2	AL; QL (300 mL per 5 days)
PRO-RED AC ORAL SYRUP (<i>phenyleph-dexchlorphen-codeine</i>)	3	PA
RYDEX ORAL LIQUID (<i>pseudoeph-bromphen-cod</i>)	2	AL; QL (450 mL per 5 days)
DERMATOLOGICALS - DRUGS FOR THE SKIN		
*ACNE ANTIBIOTICS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	ST; QL (4 mL per 1 day)
<i>clindacin etz external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin External Foam)	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindacin-p external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external gel</i>	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>dapsone external gel 5 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>dapsone external gel 7.5 %</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>ery external pad</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
ERYGEL EXTERNAL GEL (<i>erythromycin</i>)	3	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
KLARON EXTERNAL LOTION (<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>)	3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</i>	1 or 1b*	
*ACNE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.3-2.5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-3.75 %</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>clindamycin-tretinoin external gel</i>	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>neuac external gel</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
*ACNE PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE (<i>isotretinoin micronized</i>)	3	PA
ABSORICA ORAL CAPSULE (<i>isotretinoin</i>)	3	PA
<i>accutane oral capsule</i>	2	PA
<i>adapalene external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
<i>adapalene external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene external pad</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 swab per 1 day)
AKLIEF EXTERNAL CREAM (<i>trifarotene</i>)	3	ST; QL (1 pump per 30 days)
<i>amnestem oral capsule</i>	2	PA
ARAZLO EXTERNAL LOTION (<i>tazarotene</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
<i>claravis oral capsule</i>	2	PA
<i>isotretinoin oral capsule</i>	2	PA
<i>tretinoin external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>zenatane oral capsule</i>	2	PA
*AGENTS FOR EXTERNAL GENITAL AND PERIANAL WARTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT (<i>sinecatechins</i>)	3	QL (30 grams per 28 days)
*AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
RENOVA EXTERNAL CREAM (<i>tretinoin (facial wrinkles)</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM (<i>tretinoin (facial wrinkles)</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
*ALOPECIA AGENTS - JANUS KINUS (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
LITFULO ORAL CAPSULE (<i>ritlecitinib tosylate</i>)	3	
*ANALGESICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>hav ez penetrating pain relief external gel</i>	2	
*ANTIBIOTIC STEROID COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM (<i>neomycin-fluocinolone</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIBIOTICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>gentamicin sulfate external cream</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
<i>gentamicin sulfate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
<i>mupirocin external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
*ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	1 or 1b*	QL (180 grams per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION	3	
<i>miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
VUSION EXTERNAL OINTMENT (<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i>)	3	QL (50 grams per 30 days)
*ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ciclodan external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>ciclopirox external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream</i>	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>nystatin</i> (Klayesta External Powder)	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 1 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 2 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external gel</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
NAFTIN EXTERNAL GEL (<i>naftifine hcl</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>nyamyc external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystatin external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystop external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
*ANTIHISTAMINES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
TECNU RASH RELIEF EXTERNAL SOLUTION (<i>diphenhydramine hcl</i>)	1 or 1b*	
*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1 or 1b*	QL (1000 gm per 30 days)
*ANTINEOPLASTIC ALKYLATING AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
VALCHLOR EXTERNAL GEL (<i>mechlorethamine hcl (topical)</i>)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CARAC EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	3	ST; QL (30 gm per 365 days)
EFUDEX EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
<i>fluorouracil external cream</i>	1 or 1b*	AL; QL (40 gm per 365 days)
<i>fluorouracil external solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (10 mL per 365 days)
TOLAK EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
*ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (300 grams per 1 year)
*ANTINEOPLASTIC RETINOIDS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
PANRETIN EXTERNAL GEL (<i>alitretinoin</i>)	3	SP
*ANTIPRURITICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>doxepin hcl external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tube per 1 fill)
*ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>acitretin oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	1 or 1b*	SP
*ANTIPSORIATICS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external foam</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>calcitrene external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcitriol external ointment</i>	1 or 1b*	QL (800 grams per 28 days)
<i>tazarotene external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>tazarotene external gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 % (<i>tazarotene</i>)	2	QL (60 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL (<i>tazarotene</i>)	3	QL (100 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.3 % (<i>roflumilast</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
*ANTISEBORRHEIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>selenium sulfide external lotion</i>	1 or 1a*	QL (120 mL per 30 days)
*ANTIVIRAL TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
XERESE EXTERNAL CREAM (<i>acyclovir-hydrocortisone</i>)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
*ANTIVIRALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acyclovir external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>acyclovir external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 gm per 30 days)
DENAVIR EXTERNAL CREAM (<i>penciclovir</i>)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
<i>eq docosanol external cream</i>	1 or 1b*	
<i>penciclovir external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (<i>acyclovir</i>)	3	QL (30 gm per 30 days)
*ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
OPZELURA EXTERNAL CREAM (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
*BURN PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>mafenide acetate external packet</i>	1 or 1b*	
SILVADENE EXTERNAL CREAM (<i>silver sulfadiazine</i>)	3	
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	1 or 1a*	
<i>ssd external cream</i>	1 or 1a*	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM (<i>mafenide acetate</i>)	3	
*CORTICOSTEROIDS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ala-cort external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
<i>amcinonide external cream</i>	3	QL (2 grams per 1 day)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external foam</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external liquid</i>	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydrocortisone butyrate external solution</i>	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (118 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>tovet external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external aerosol solution</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion</i>	1 or 1a*	QL (60 mL per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %</i>	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %</i>	1 or 1a*	QL (30 grams per 30 days)
<i>triamcinolone in absorbase external ointment</i>	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
<i>triderm external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
*DEPIGMENTING COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM (<i>fluocin-hydroquinone-tretinoin</i>)	3	
*EMOLLIENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CUTEMOL EXTERNAL CREAM (<i>emollient</i>)	2	
*ENZYMES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
NEXOBRID EXTERNAL GEL (<i>anacaulase-bcdb</i>)	3	PA; QL (440 grams per 2 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT (<i>collagenase</i>)	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
*EYELID CLEANSERS & LUBRICANTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
THERATEARS STERILID CLEANSER EXTERNAL SOLUTION (<i>eyelid cleansers</i>)	2	
*GLABELLAR LINES (FROWN LINES) AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>prabotulinumtoxin-a-xvfs (cosm)</i>)	3	
*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clotrimazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (113 grams per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream</i>	1 or 1b*	QL (85 grams per 30 days)
ECOZA EXTERNAL FOAM (<i>econazole nitrate</i>)	3	ST; QL (70 grams per 30 days)
ERTACZO EXTERNAL CREAM (<i>sertaconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EXELDERM EXTERNAL CREAM (<i>sulconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION (<i>sulconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION (<i>efinaconazole</i>)	3	QL (8 mL per 30 days)
<i>ketoconazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external foam</i>	3	QL (100 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>ketodan external foam</i>	3	QL (100 grams per 30 days)
<i>luliconazole external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
LUZU EXTERNAL CREAM (<i>luliconazole</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>oxiconazole nitrate external cream</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
OXISTAT EXTERNAL LOTION (<i>oxiconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 mL per 30 days)
*IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>imiquimod external cream 3.75 %</i>	1 or 1b*	QL (28 units per 28 days)
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1 or 1b*	QL (48 packet per 365 days)
<i>imiquimod pump external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA EXTERNAL CREAM (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (28 units per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 % (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 3.75 % (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (1 bottle per 28 days)
*KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CONDYLOX EXTERNAL GEL (<i>podofilox</i>)	3	QL (7 grams per 28 days)
<i>podofilox external gel</i>	1 or 1b*	QL (7 grams per 28 days)
<i>podofilox external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 28 days)
YCANTH EXTERNAL SOLUTION (<i>cantharidin</i>)	3	PA; QL (8 applicators per 84 days)
*LINIMENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT	3	
*LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>burn gel external gel</i>	1 or 1b*	
<i>dyclopro external solution</i>	3	
<i>glydo external prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1 or 1b*	QL (5 grams per 1 day)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lidocaine</i> (Tridacaine Ii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine</i> (Tridacaine Iii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
HYFTOR EXTERNAL GEL (<i>sirolimus</i>)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
<i>pimecrolimus external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>tacrolimus external ointment</i>	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE)*** - DRUGS FOR THE SKIN		
SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT (<i>afamelanotide acetate</i>)	3	PA; QL (1 implant per 2 monthss)
*MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
KLISYRI EXTERNAL OINTMENT (<i>tirbanibulin</i>)	3	ST; QL (5 packets per 1 fill)
*MISC. DERMATOLOGICAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
ILIDERM EXTERNAL EMULSION	3	
*MISC. TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
QBREXZA EXTERNAL PAD (<i>glycopyrronium tosylate</i>)	3	PA; QL (1 cloth per 1 day)
*OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>tavaborole external solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)
*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (<i>crisaborole</i>)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
*PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
AMELUZ EXTERNAL GEL (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	3	
LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	3	
*PROSTAGLANDINS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>bimatoprost external solution</i>	1 or 1b*	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION (<i>bimatoprost</i>)	3	
*ROSACEA AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>azelaic acid external gel</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>brimonidine tartrate external gel</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
FINACEA EXTERNAL FOAM (<i>azelaic acid</i>)	2	QL (1.67 grams per 1 day)
<i>ivermectin external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
METROCREAM EXTERNAL CREAM (<i>metronidazole</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>metronidazole external lotion</i>	1 or 1b*	QL (59 mL per 30 days)
MIRVASO EXTERNAL GEL (<i>brimonidine tartrate</i>)	3	QL (30 grams per 30 days)
RHOFADE EXTERNAL CREAM (<i>oxymetazoline hcl</i>)	3	QL (30 grams per 30 days)
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM (<i>ivermectin</i>)	2	QL (45 grams per 30 days)
ZILXI EXTERNAL FOAM (<i>minocycline hcl micronized</i>)	2	QL (1 gram per 1 day)
*SCABICIDES & PEDICULICIDES*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>crotan external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>malathion external lotion</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION (<i>spinosad</i>)	3	QL (120 mL per 7 days)
OVIDE EXTERNAL LOTION (<i>malathion</i>)	3	QL (4 mL per 1 day)
<i>permethrin external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>spinosad external suspension</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 7 days)
*SCAR TREATMENT PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
COPASIL EXTERNAL GEL (<i>scar treatment products</i>)	3	
*SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS** - DRUGS FOR THE SKIN		
ESKATA EXTERNAL SOLUTION (<i>hydrogen peroxide</i>)	3	
*STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM (<i>pramoxine-hc</i>)	3	
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM (<i>pramoxine-hc</i>)	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION (<i>pramoxine-hc</i>)	2	
*TAR PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>coal tar external solution</i>	1 or 1b*	
*TISSUE REPLACEMENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CYGNUS DUAL EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM (<i>umbilical cord allograft</i>)	3	
EPIFIX EXTERNAL DISK (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
EPIFIX EXTERNAL SHEET 2 CM X 2 CM , 2 CM X 3 CM , 2 CM X 4 CM , 3 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM , 3.5 CM X 3.5 CM , 4 CM X 3 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 5 CM X 5.5 CM , 5 CM X 6 CM , 7 CM X 7 CM (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (<i>amniotic memb-fluid allograft</i>)	3	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN INOVFLO INJECTION INJECTABLE (<i>amniotic fluid allograft</i>)	3	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
STRAVIX EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM (<i>skin allograft (human)</i>)	3	
*TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT (<i>lidocaine hcl-blood collection</i>)	3	
*TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>bexarotene external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days); SP
TARGRETIN EXTERNAL GEL (<i>bexarotene</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days); SP
*TOPICAL STEROID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment</i>	2	ST; QL (400 grams per 28 days)
<i>calcipotriene-betameth diprop external suspension</i>	2	ST; QL (420 grams per 28 days)
DUOBRII EXTERNAL LOTION (<i>halobetasol prop-tazarotene</i>)	3	PA; QL (200 grams per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	3	QL (420 grams per 28 days)
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
*TYPE II 5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>finasteride oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	
PROPECIA ORAL TABLET (<i>finasteride</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*VASCULAR AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>eq hair regrowth for women external foam</i>	1 or 1b*	
*WOUND CARE - GROWTH FACTOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
REGRANEX EXTERNAL GEL (<i>becaplermin</i>)	3	QL (15 grams per 30 days)
*WOUND CLEANSERS/DECUBITUS ULCER THERAPY*** - DRUGS FOR THE SKIN		
LAVARE WOUND WASH EXTERNAL GEL	3	
*WOUND DRESSINGS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL (<i>hydroactive dressings</i>)	3	
MEPILEX BORDER FLEX/CM EXTERNAL PAD (<i>wound dressings</i>)	2	
DIAGNOSTIC PRODUCTS		
*DIAGNOSTIC TESTS***		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
DIETARY PRODUCTS/DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*NUTRITIONAL SUPPLEMENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT 1.2 ENTERAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	2	
KATE FARMS RENAL SUPPORT 1.8 ENTERAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	2	
NEOCATE SYNEO JUNIOR ORAL POWDER (<i>nutritional supplements</i>)	2	
DIGESTIVE AIDS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*DIGESTIVE ENZYME COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>lipase concentrate-hp oral capsule</i>	2	
*DIGESTIVE ENZYMES*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	2	QL (25 capsules per 1 day)
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (pancrelipase (lip-prot-amyl))	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
VIKACE ORAL TABLET (pancrelipase (lip-prot-amyl))	3	QL (25 tablets per 1 day)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (pancrelipase (lip-prot-amyl))	2	QL (25 capsules per 1 day)
DIURETICS - DRUGS FOR THE HEART		
*CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
acetazolamide oral tablet	1 or 1b*	
acetazolamide sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
methazolamide oral tablet	1 or 1b*	
*DIURETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	
spironolactone-hctz oral tablet	1 or 1b*	
triamterene-hctz oral capsule	1 or 1a*	
triamterene-hctz oral tablet	1 or 1a*	
*LOOP DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
bumetanide injection solution	1 or 1b*	
bumetanide oral tablet	1 or 1b*	
BUMEX ORAL TABLET (bumetanide)	3	
EDECIN ORAL TABLET (ethacrynic acid)	3	
ethacrynate sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ethacrynic acid oral tablet	1 or 1b*	
furosemide injection solution	1 or 1a*	
furosemide oral solution	1 or 1a*	
furosemide oral tablet	1 or 1a*	
LASIX ORAL TABLET (furosemide)	3	
toremide oral tablet	1 or 1b*	
*OSMOTIC DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
mannitol intravenous solution	1 or 1b*	
osmitrol intravenous solution	1 or 1b*	
*POTASSIUM SPARING DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ALDACTONE ORAL TABLET (spironolactone)	3	
amiloride hcl oral tablet	1 or 1b*	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION (spironolactone)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>spironolactone oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>spironolactone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>triamterene oral capsule</i>	1 or 1b*	
*THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>chlorthalidone oral tablet</i>	1 or 1a*	
DIURIL ORAL SUSPENSION (<i>chlorothiazide</i>)	3	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>indapamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>metolazone oral tablet</i>	1 or 1b*	
THALITONE ORAL TABLET (<i>chlorthalidone</i>)	3	
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC. - HORMONES		
*ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
MIFEPREX ORAL TABLET (<i>mifepristone</i>)	3	\$0 for Fully insured members in California
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	\$0 for Fully insured members in California
*BISPHOSPHONATES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (<i>risedronate sodium</i>)	3	QL (0.04 tablets per 1 day)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (<i>risedronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
<i>alendronate sodium oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10.72 mg per 1 day)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
AELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>risedronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT (<i>alendronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET (<i>alendronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)	2	QL (0.15 tablets per 1 day)
<i>ibandronate sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (0.04 tablets per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
<i>zoledronic acid intravenous concentrate</i>	1 or 1b*	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CALCITONINS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)
*CARNITINE REPLENISHER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	3	
CARNITOR ORAL SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	3	
CARNITOR ORAL TABLET (<i>levocarnitine</i>)	3	
CARNITOR SF ORAL SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	3	
<i>levocarnitine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine sf oral solution</i>	1 or 1b*	
*CKD AGENT-SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
XPHOZAH ORAL TABLET (<i>tenapanor hcl (ckd)</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>cabergoline oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (0.58 tablets per 1 day)
*GNRH/LHRH ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG (<i>elagolix sodium</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORLISSA ORAL TABLET 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*HEREDITARY OROTIC ACIDURIA TREATMENT - AGENTS** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
XURIDEN ORAL PACKET (<i>uridine triacetate</i>)	3	PA; QL (4 packets per 1 day)
*HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>betaine oral powder</i>	1 or 1b*	
CYSTADANE ORAL POWDER (<i>betaine</i>)	3	
*HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitriol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>calcitriol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
<i>calcitriol oral solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>doxercalciferol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>doxercalciferol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>doxercalciferol</i>)	3	PA
<i>paricalcitol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>paricalcitol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<i>calcifediol</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>paricalcitol</i>)	3	PA
ZEMPLAR ORAL CAPSULE (<i>paricalcitol</i>)	3	PA
*LHRH/GNRH AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss); SP
*LYSOSOMAL ACID LIPASE (LAL) DEFICIENCY - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sebelipase alfa</i>)	3	PA; LD; SP
*NEUROKININ 3 (NK3) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
VEOZAH ORAL TABLET (<i>fezolinetant</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
KERENDIA ORAL TABLET (<i>finerenone</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC*** - DRUGS FOR WOMEN		
CLOMID ORAL TABLET (<i>clomiphene citrate</i>)	1 or 1b*	PA
*RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>denosumab</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 180 days); SP
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>denosumab</i>)	3	PA; QL (1 vial per 28 days); SP
*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS)*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
EVISTA ORAL TABLET (<i>raloxifene hcl</i>)	3; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
OSPHENA ORAL TABLET (<i>ospemifene</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>raloxifene hcl oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
*SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
*UREA CYCLE DISORDER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sod benz-sod phenylacet</i>)	3	
RAVICTI ORAL LIQUID (<i>glycerol phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (17.5 mL per 1 day); SP
<i>sod benz-sod phenylacet intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
*VASOPRESSIN*** - HORMONES		
DDAVP INJECTION SOLUTION (<i>desmopressin acetate</i>)	3	
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG (<i>desmopressin acetate</i>)	3	DO
DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG (<i>desmopressin acetate</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
DDAVP PF INJECTION SOLUTION (<i>desmopressin acetate</i>)	3	
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution</i>	1 or 1b*	
<i>desmopressin acetate injection solution</i>	1 or 1b*	
DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SOLUTION	3	LD; QL (5 mL per 30 days)
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>desmopressin acetate pf injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution</i>	1 or 1b*	
NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>desmopressin acetate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TERLIVAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>terlipressin acetate</i>)	3	
<i>vasopressin + rfid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vasopressin intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vasopressin-sodium chloride intravenous solution</i>	3	
VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vasopressin</i>)	3	
ESTROGENS - HORMONES		
*ESTROGEN & PROGESTIN*** - DRUGS FOR WOMEN		
ACTIVELLA ORAL TABLET (<i>estradiol-norethindrone acet</i>)	3	
ANGELIQ ORAL TABLET (<i>drospirenone-estradiol</i>)	3	
BIJUVA ORAL CAPSULE (<i>estradiol-progesterone</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol-levonorgestrel</i>)	2	QL (4 patch per 28 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol-norethindrone acet</i>)	2	QL (8 patch per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>fyavolv oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>jinteli oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mimvey oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
PREMPHASE ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	2	
PREMPRO ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>ciprofloxacin</i>)	3	
CIPRO ORAL TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	3	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin intravenous solution</i>	1 or 1b*	QL (1 fill per 30 days)
<i>levofloxacin oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ofloxacin oral tablet</i>	1 or 1b*	
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH		
*BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
CHOLBAM ORAL CAPSULE (<i>cholic acid</i>)	3	PA; QL (4 capsule per 1 day)
*GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
URSO FORTE ORAL TABLET (<i>ursodiol</i>)	3	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	
<i>ursodiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
*GASTROINTESTINAL ANTIALLERGY AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>cromolyn sodium oral concentrate</i>	1 or 1b*	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE (<i>cromolyn sodium</i>)	3	
*GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
<i>lubiprostone oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
*GASTROINTESTINAL STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
GIMOTI NASAL SOLUTION (<i>metoclopramide hcl</i>)	3	PA; QL (1 bottle per 4 weekss)
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1 or 1a*	QL (60 mL per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	QL (12 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1a*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 10 MG (<i>metoclopramide hcl</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REGLAN ORAL TABLET 5 MG (<i>metoclopramide hcl</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
*GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-2 (GLP-2) ANALOGS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT (<i>teduglutide (rdna)</i>)	3	PA; LD; SP
*IBS AGENT - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS*** - DRUGS FOR CONSTIPATION		
LINZESS ORAL CAPSULE (<i>linaclotide</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
*IBS AGENT - MU-OPIOID RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
VIBERZI ORAL TABLET (<i>eluxadoline</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*IBS AGENT - SELECTIVE 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
<i>alosetron hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*INFLAMMATORY BOWEL AGENTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>sulfasalazine</i>)	3	QL (8 tablet per 1 day)
AZULFIDINE ORAL TABLET (<i>sulfasalazine</i>)	3	QL (8 tablet per 1 day)
<i>balsalazide disodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (9 capsule per 1 day)
CANASA RECTAL SUPPOSITORY (<i>mesalamine</i>)	3	QL (1 suppository per 1 day)
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (6 tablets per 1 day)
DIPENTUM ORAL CAPSULE (<i>olsalazine sodium</i>)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	QL (8 capsule per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mesalamine oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>mesalamine rectal enema</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
<i>mesalamine rectal suppository</i>	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG (<i>mesalamine</i>)	2	QL (16 capsule per 1 day)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (8 capsule per 1 day)
ROWASA RECTAL KIT (<i>mesalamine-cleanser</i>)	3	QL (1 kit per 30 days)
SFROWASA RECTAL ENEMA (<i>mesalamine</i>)	3	QL (60 mL per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
*INTESTINAL ACIDIFIERS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>enulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>generlac oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
*PERIPHERAL OPIOID RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>alvimopan oral capsule</i>	1 or 1b*	
MOVANTIK ORAL TABLET (<i>naloxegol oxalate</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	3	ST; QL (1 syringe per 1 day)
SYMPROIC ORAL TABLET (<i>naldemedine tosylate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*PHOSPHATE BINDER AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
AURYXIA ORAL TABLET (<i>ferric citrate</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (12 capsules per 1 day)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
FOSRENOL ORAL PACKET (<i>lanthanum carbonate</i>)	3	ST; QL (3 stick packs per 1 day)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	1 or 1b*	QL (3 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (15 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
GENERAL ANESTHETICS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANESTHETICS - MISC.*** - DRUGS FOR SEDATION		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>etomidate</i>)	3	
ANESTHESIA S/I-40A INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40H INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40S INTRAVENOUS KIT	3	
DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION (<i>propofol</i>)	3	
<i>etomidate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>fresenius propoven intravenous emulsion</i>	1 or 1b*	
KETALAR INJECTION SOLUTION (<i>ketamine hcl</i>)	3	
<i>ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>ketamine hcl-sodium chloride intravenous solution 1250-0.9 mg/250ml-%, 2500-0.9 mg/250ml-%, 500-0.9 mg/250ml-%</i>	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>argyle sterile saline irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>curity sterile saline irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycine irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycine urologic irrigation solution</i>	1 or 1b*	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION (<i>citric ac-gluconolact-mg carb</i>)	3	
<i>sodium chloride irrigation solution</i>	1 or 1b*	
SORBITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
SORBITOL-MANNITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
*INTERSTITIAL CYSTITIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
ELMIRON ORAL CAPSULE (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION (<i>dimethyl sulfoxide</i>)	3	
*PHOSPHATES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET (<i>pot & sod ac phosphates</i>)	3	
*PROSTATIC HYPERTROPHY AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
*URINARY ANALGESICS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>eq urinary pain relief max st oral tablet 99.5 mg</i>	1 or 1b*	
*URINARY STONE AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
LITHOSTAT ORAL TABLET (<i>acetohydroxamic acid</i>)	3	
<i>tiopronin oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (10 tablet per 1 day)
<i>tiopronin oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (10 tablet per 1 day)
*VESICoureTERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE (<i>dextranomer-hyaluronic acid</i>)	3	
GOUT AGENTS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*GOUT AGENT COMBINATIONS*** - GOUT DRUGS		
<i>colchicine-probenecid oral tablet</i>	1 or 1b*	
*GOUT AGENTS*** - GOUT DRUGS		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>allopurinol sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>allopurinol sodium</i>)	3	
<i>colchicine oral tablet</i>	2	QL (2.3 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>febuxostat oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION (<i>colchicine</i>)	3	QL (300 mL per 30 days)
*URICOSURICS*** - GOUT DRUGS		
<i>probenecid oral tablet</i>	1 or 1b*	
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE BLOOD		
*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>prothrombin complex human-lans</i>)	3	
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (<i>prothrombin complex conc human</i>)	3	
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fibrinogen concentrate (human)</i>)	3	PA; LD; SP
*COMPLEMENT C5A INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>gohibic intravenous solution</i>	3	
*DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
BRILINTA ORAL TABLET (<i>ticagrelor</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cangrelor tetrasodium</i>)	3	
*GLYCOPROTEIN IIB/IIIA RECEPTOR INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>tirofiban hcl</i>)	3	
AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tirofiban hcl in nacl</i>)	3	
<i>eptifibatide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>tirofiban hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*HEMATORHEOLOGIC AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
*HEMIN*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hemin</i>)	3	
*PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>cilostazol oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PLASMA EXPANDERS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>hetastarch-nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION (<i>hetastarch-electrolytes</i>)	3	
<i>lmd in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>lmd in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PLASMA PROTEINS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
ALBUMIN HUMAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human-kjda</i>)	3	
ALBUMIN-ZLB INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBURX INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antithrombin iii (human)</i>)	3	
*PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>aspirin-omeprazole</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*PLATELET AGGREGATION INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>dipyridamole oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PROTAMINE*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>protamine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-1 (PAR-1) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ZONTIVITY ORAL TABLET (<i>vorapaxar sulfate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*QUINAZOLINE AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGRYLIN ORAL CAPSULE (<i>anagrelide hcl</i>)	3	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsules per 1 day)
*THIENOPYRIDINE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prasugrel hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alteplase</i>)	3	
CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alteplase</i>)	3	
TNKASE INTRAVENOUS KIT (<i>tenecteplase</i>)	3	
HEMATOPOIETIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*AGENTS FOR GAUCHER DISEASE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CERDELGA ORAL CAPSULE (<i>eliglustat tartrate</i>)	2	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
<i>miglustat oral capsule</i>	2	PA; QL (3 capsules per 1 day); SP
<i>miglustat</i> (Yargesa Oral Capsule)	2	PA; QL (3 capsules per 1 day); SP
*COBALAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	1 or 1a*	
<i>dodex injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
*CYTOTOXIC AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DROXIA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	2	
SIKLOS ORAL TABLET (<i>hydroxyurea</i>)	3	PA; SP
*FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>foltabs 800 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*FOLIC ACID/FOLATES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cvs folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>fa-8 oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>folate oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>folic acid injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>folic acid oral capsule 0.8 mg</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp folic acid oral tablet 800 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>true folic acid oral tablet 400 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>yl folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (<i>ferric maltol</i>)	3	
HEMOSTATICS - DRUGS FOR THE BLOOD		
*HEMOSTATIC COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ARTISS EXTERNAL KIT (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	3	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	3	
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl</i>)	3	
TISSEEL EXTERNAL KIT (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
*HEMOSTATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
<i>aminocaproic acid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>aminocaproic acid oral solution</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
<i>aminocaproic acid oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	
<i>aminocaproic acid oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 day)
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tranexamic acid</i>)	3	
<i>tranexamic acid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
TRANEXAMIC ACID-NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*HEMOSTATICS - TOPICAL*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
AVITENE EXTERNAL PAD (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ENDO AVITENE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
GELFILM EXTERNAL FILM (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
INSTAT EXTERNAL PAD (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
INTERCEED EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin (recombinant)</i>)	3	
RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin (recombinant)</i>)	3	
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH (<i>absorbable fibrin sealant</i>)	3	
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTI-HISTAMINE HYPNOTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>ft ibuprofen pm oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ANTI-HISTAMINE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>eq sleep-aid oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*SELECTIVE ALPHA2-ADRENORECEPTOR AGONIST SEDATIVES*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML	3	
<i>dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml</i>	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
IGALMI SUBLINGUAL FILM (<i>dexmedetomidine hcl</i>)	3	PA; QL (20 films per 30 days)
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dexmedetomidine hcl</i>)	3	
*SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>ramelteon oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
LAXATIVES - DRUGS FOR THE STOMACH		
*BOWEL EVACUANT COMBINATIONS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
CLENPIQ ORAL SOLUTION (<i>sod picosulfate-mag ox-cit acd</i>)	3	QL (350 mL per 30 days)
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	1 or 1a*; \$0	QL (1 bottle per 30 days)
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	3	QL (4000 grams per 30 days)
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	3	QL (1 gram per 30 days)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 kit per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 gram per 30 days)
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 gram per 30 days)
PEG-PREP ORAL KIT (<i>bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl</i>)	3	QL (1 kit per 30 days)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	3	QL (1 gram per 30 days)
SUTAB ORAL TABLET (<i>sodium sulfate-mag sulfate-kcl</i>)	2	QL (24 tablets per 30 days)
*BULK LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>cvs natural daily fiber oral powder 51.7 %</i>	1 or 1b*	
*LAXATIVES - MISCELLANEOUS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>constulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvs purelax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs purelax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq laxative oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gavilax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gentlelax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>glycolax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp clearlax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>healthylax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls laxaclear oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
KRISTALOSE ORAL PACKET (<i>lactulose</i>)	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
LACTULOSE ORAL PACKET	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
<i>lactulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
<i>mm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>peg 3350 oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>peg 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc glycerin rectal suppository</i>	1 or 1b*	
<i>qc natura-lax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra laxative oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sb polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>smooth lax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>smooth lax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>true laxative oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
*LUBRICANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>mineral oil heavy oral oil</i>	1 or 1b*	
*SALINE LAXATIVE MIXTURES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
FLEET SALINE ENEMA RECTAL ENEMA (<i>sodium phosphates</i>)	2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eq chocolate laxative oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>eq gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ex-lax ultra oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc gentle laxative womens oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra womens laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb gentle lax-women oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>womans laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>womens laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
*SURFACTANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>eq stool softener extra str oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>eq stool softener oral capsule 250 mg</i>	1 or 1b*	
<i>mm stool softener oral capsule</i>	1 or 1b*	
LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*LOCAL ANESTHETIC & SYMPATHOMIMETIC*** - DRUGS FOR SEDATION		
<i>articadent dental injection solution cartridge</i>	3	
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>bupivacaine-epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200000</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine-epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX NON-LUBRICATED (<i>condoms latex non-lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX RIA LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED (<i>condoms latex non-lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
*DENTAL DESENSITIZING PRODUCTS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
REMESENSE DENTAL (<i>dental desensitizing product</i>)	3	
*DENTIFRICES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
MI PASTE DENTAL PASTE (<i>dentifrices</i>)	3	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE (<i>dentifrices</i>)	3	
*DIAPERS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
HUGGIES LITTLE MOVERS SIZE 7 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLER NEWBRN (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ 3 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ 4 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ 5 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES OVERNITES SIZE 3 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES OVERNITES SIZE 4 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 1 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 2 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 3 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 5 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY NEWBORN (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 1 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 2 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 3 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 4 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 5 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 6 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER NEWBN (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER SZ 1 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER SZ 2 (<i>diapers & supplies</i>)	2	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PAMPERS EASY UPS 2T-3T (diapers & supplies)	2	
PAMPERS EASY UPS 4T-5T (diapers & supplies)	2	
PAMPERS EASY UPS MLP 2T-3T (diapers & supplies)	2	
PAMPERS EASY UPS MLP 4T-5T (diapers & supplies)	2	
PAMPERS SWADDLERS SIZE 7 (diapers & supplies)	2	
*DIAPHRAGMS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm arc-spring)	2; \$0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragms)	3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)	2; \$0	
*GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVANCED MOBILE LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AIMSCO TWIST LANCETS 32G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 33G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AQUALANCE LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS 21G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
BD MICROTAINER LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEANLET LANCETS 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHEK LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 21G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 23G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH LANCETS 31G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CVS LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ORIGINAL	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS ULTRA THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (continuous glucose receiver)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
DEXCOM G6 SENSOR (continuous glucose sensor)	2	PA; QL (3 units per 30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (continuous glucose transmitter)	2	PA; QL (1 unit per 90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE (continuous glucose receiver)	2	PA; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G7 SENSOR (continuous glucose sensor)	2	PA; QL (3 sensors per 30 days)
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 33G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 21G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 23G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 26G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ENLITE GLUCOSE SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA
EQL COLOR LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL SUPER THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL THIN LANCETS 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
EVERSENSE SENSOR/HOLDER (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FINGERSTIX LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FORA LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 reader per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 sensors per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 sensors per 28 days)
FREESTYLE LIBRE READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOJJI STERILE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (1 unit per 1 year)
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (2 units per 1 year)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
GUARDIAN SENSOR (3) (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
HY-VEE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIBERTY MEDICAL LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITE TOUCH LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITETOUCH LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS STANDARD	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS LITE 25G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEIJER LANCETS THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER SUPER THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
MM TWIST LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET OPD LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLETTOR SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
PERFECT LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACIST CHOICE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACY COUNTER LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>pro comfort safety lancets 30g</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS MICROTHIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS ULTRA THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC LANCETS SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
READYLANCE SAFETY LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY TRIGGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS THIN 26G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RIGHTTEST GL300 LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 21G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 23G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
saps health plus lancets	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
SINGLE-LET (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE STANDARD LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS (lancets)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SMART SENSE THIN LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMARTEST LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
STERILANCE TL (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SUPER THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 18G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURELITE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE AST LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>true comfort safety lancets</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>twist top lancets 30g</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET CLASSIC LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA THIN LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-CARE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II AUTO LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULTRA-THIN II LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET COMFORTOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE II (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET GP 28 ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPERLITE LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPER-THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET ULTRA-THIN 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK PRO SAFETY LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WALGREENS LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
*HOT/COLD COMBINATION THERAPY AIDS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>eq hot or cold large compress pad</i>	2	
*INCONTINENCE SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
DEPEND FRESH PROTECTION MENS (<i>incontinence supply disposable</i>)	2	
*INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
*NEEDLES & SYRINGES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>aq insulin syringe</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>aqinject pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>aum insulin safety pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>aum pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AURORA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO (insulin pen needle)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U-500 (insulin syringe/needle u-500)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO U/F (insulin pen needle)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F (insulin pen needle)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN (insulin pen needle)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO U/F (insulin pen needle)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F (insulin pen needle)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT U/F (insulin pen needle)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F (insulin syringe-needle u-100)	2	QL (200 syringes per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLES (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CAREONE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML (insulin syringe-needle u-100)	3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DIATHRIVE PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET MICRON (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>easy comfort insulin syringe 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EQL INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
FIFTY50 PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL INSULIN SYRINGES	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP ULTICARE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>insulin syringe-needle u-100 27g x 1/2" 0.5 ml, 27g x 1/2" 1 ml, 28g x 1/2" 0.5 ml, 28g x 1/2" 1 ml, 30g x 1/2" 1 ml</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
KINRAY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LONGS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MARATHON MEDICAL PENTIPS (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDIC INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MEIJER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MM PEN NEEDLES (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PEN NEEDLES 5/16"	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pip pen needles 31g x 5mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pip pen needles 32g x 4mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES (insulin pen needle)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>migergot rectal suppository</i>	1 or 1b*	
*MIGRAINE PRODUCTS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (24 mL per 28 days)
*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>almotriptan malate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>frovatriptan succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge</i>	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1 or 1b*	QL (5 vials per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
MINERALS & ELECTROLYTES - DRUGS FOR NUTRITION		
*BICARBONATES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
SODIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	3	
<i>sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml</i>	1 or 1b*	
<i>sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %</i>	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION (tromethamine)	3	
*CALCIUM COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>calcium 600-vitamin d3 oral tablet</i>	1 or 1b*	
CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.675 GM/50ML-%, 1-0.8 GM/100ML-%, 2-0.675 GM/100ML-%	3	
*CALCIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*ELECTROLYTES & DEXTROSE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 % , 5-0.225 % , 5-0.3 %	3	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 % , 5-0.2 % , 5-0.33 % , 5-0.45 % , 5-0.9 %</i>	1 or 1b*	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %</i>	3	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-mb in dextrose)	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-p in dextrose)	3	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-% , 20-5-0.2 meq/l-%-% , 20-5-0.45 meq/l-%-% , 20-5-0.9 meq/l-%-% , 30-5-0.45 meq/l-%-% , 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	1 or 1b*	
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-% , 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	3	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-m in dextrose)	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-r in dextrose)	3	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*ELECTROLYTES ORAL*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>hydrating electrolyte oral packet</i>	2	
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT ORAL SOLUTION (oral electrolytes)	2	
*ELECTROLYTES PARENTERAL*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-s)	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-s (ph 7.4))	3	
KCL (0.149%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	1 or 1b*	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	1 or 1b*	
KCL (0.298%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	1 or 1b*	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-r)	3	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-r (ph 7.4))	3	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-a)	3	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-% , 40-0.9 MEQ/L-%	3	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>parenteral electrolytes</i>)	3	
*FLUORIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FLORIVA ORAL LIQUID (<i>sodium fluoride-vitamin d</i>)	3	
*FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium fluoride oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
*MAGNESIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>ft magnesium oxide oral tablet</i>	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*MANGANESE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>manganese chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*PHOSPHATE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sodium glycerophosphate</i>)	3	
K-PHOS ORAL TABLET (<i>potassium phosphate monobasic</i>)	2	
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET (<i>k phos mono-sod phos di & mono</i>)	3	
<i>phospha 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phosphorous oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phospho-trin 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phospho-trin k500 oral tablet</i>	1 or 1b*	
POTASSIUM PHOSPHATES INTRAVENOUS SOLUTION 15 MMOLE/5ML, 150 MMOLE/50ML	3	
<i>potassium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	1 or 1b*	
<i>potassium phosphates(66 meq k) intravenous solution</i>	3	
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>sodium phosphates intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>wes-phos 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
*POTASSIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>klor-con 10 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con oral packet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>klor-con oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium chloride</i>)	3	
POTASSIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 15 meq</i>	3	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/100ML, 20 MEQ/50ML, 40 MEQ/100ML	3	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride oral solution</i>	1 or 1b*	
*SODIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>aquastat intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush</i> (Aquastat Sfr Intravenous Solution)	1 or 1b*	
<i>bd posiflush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush</i> (Bd Posiflush Safescrub Intravenous Solution)	1 or 1b*	
<i>monoject flush syringe intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>monoject sodium chloride flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>normal saline flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	1 or 1b*	
*TRACE MINERAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cr-cu-mn-zn</i>)	3	
MULTRYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cu-mn-se-zn</i>)	3	
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT (<i>trace minerals cr-cu-mn-se-zn</i>)	3	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cu-mn-se-zn</i>)	3	
*TRACE MINERALS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>chromic chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cupric chloride intravenous solution</i>	3	
SELENIOS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 12 MCG/2ML, 60 MCG/ML	3	
SELENIOS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 40 MCG/ML	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ZINC*** - DRUGS FOR NUTRITION		
GALZIN ORAL CAPSULE (<i>zinc acetate (oral)</i>)	3	
<i>zinc chloride intravenous solution</i>	3	
<i>zinc sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES - VITAMINS AND MINERALS		
*ALLOGENEIC THYMUS TISSUE*** - VITAMINS AND MINERALS		
RETHYMIC INTRAMUSCULAR IMPLANT (<i>allogeneic thymus tissue-agdc</i>)	3	
*ANTILEPTICS*** - VITAMINS AND MINERALS		
THALOMID ORAL CAPSULE (<i>thalidomide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
*CHELATING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET (<i>penicillamine</i>)	3	PA; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>penicillamine oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day); SP
*CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY (CRRT) SOLUTIONS*** - VITAMINS AND MINERALS		
PHOXILLUM B22K4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PHOXILLUM BK4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-ca (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-ca (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-mg (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-ca (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BK 0/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-mg (crrt)</i>)	3	
*CYCLOSPORINE ANALOGS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>cyclosporine oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>gengraf oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>gengraf oral solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEORAL ORAL CAPSULE (<i>cyclosporine modified</i>)	3	
NEORAL ORAL SOLUTION (<i>cyclosporine modified</i>)	3	
SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cyclosporine</i>)	3	SP
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	3	
*ENZYMES*** - VITAMINS AND MINERALS		
AMPHADASE INJECTION SOLUTION (<i>hyaluronidase bovine</i>)	3	
HYLENEX INJECTION SOLUTION (<i>hyaluronidase human</i>)	3	
*HOMEOPATHIC PRODUCTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
LICEFREEE EXTERNAL KIT (<i>homeopathic products</i>)	2	
*IMMUNE GLOBULIN IMMUNOSUPPRESSANTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lymphocyte, anti-thymo imm glob</i>)	3	SP
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>anti-thymocyte glob (rabbit)</i>)	3	SP
*IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>lenalidomide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
REVLIMID ORAL CAPSULE (<i>lenalidomide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
*INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mycophenolate mofetil hcl</i>)	3	SP
CELLCEPT ORAL CAPSULE (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST
CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST
CELLCEPT ORAL TABLET (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>mycophenolate mofetil intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>mycophenolic acid oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>mycophenolate sodium</i>)	3	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*IRRIGATION SOLUTIONS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>argyle sterile water irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>physiolyte irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>physiosol irrigation irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>ringers irrigation irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>tis-u-sol irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	1 or 1b*	
*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tacrolimus</i>)	3	
ENVARBUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tacrolimus</i>)	3	
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tacrolimus</i>)	2	SP
PROGRAF ORAL CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	3	
PROGRAF ORAL PACKET (<i>tacrolimus</i>)	3	
RAPAMUNE ORAL SOLUTION (<i>sirolimus</i>)	3	
RAPAMUNE ORAL TABLET (<i>sirolimus</i>)	3	
<i>sirolimus oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>sirolimus oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1 or 1b*	
ZORTRESS ORAL TABLET (<i>everolimus</i>)	3	
*MISC NATURAL PRODUCTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
DIM-PLUS ORAL CAPSULE (<i>misc natural products</i>)	2	
*MONOCLONAL ANTIBODIES*** - VITAMINS AND MINERALS		
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>emapalumab-lzsg</i>)	3	PA; LD; SP
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>basiliximab</i>)	3	
*POTASSIUM REMOVING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM (<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>)	3	QL (34 packets per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM (<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>)	3	QL (3 packets per 1 day)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1 or 1b*	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension</i>	1 or 1b*	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM (<i>patiromer sorbitex calcium</i>)	3	QL (8 packets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM (<i>patiomer sorbitex calcium</i>)	3	QL (1 packet per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 8.4 GM (<i>patiomer sorbitex calcium</i>)	3	QL (3 packets per 1 day)
*PROSTAGLANDINS*** - VITAMINS AND MINERALS		
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION (<i>alprostadil</i>)	3	
*PURINE ANALOGS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>azasan oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>azathioprine oral tablet</i>	1 or 1b*	
AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
IMURAN ORAL TABLET (<i>azathioprine</i>)	3	
*ROCK INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
REZUROCK ORAL TABLET (<i>belumosudil mesylate</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
*SCLEROSING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>polidocanol</i>)	3	
ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ethanolamine oleate</i>)	3	
<i>sodium tetradecyl sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 % (<i>sodium tetradecyl sulfate</i>)	1 or 1b*	
<i>sotradecol intravenous solution 3 %</i>	1 or 1b*	
VARITHENA INTRAVENOUS FOAM (<i>polidocanol</i>)	3	
*SELECTIVE T-CELL COSTIMULATION BLOCKERS*** - VITAMINS AND MINERALS		
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>belatacept</i>)	3	PA
*UREMIC PRURITUS AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>difelikefalin acetate</i>)	3	PA
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
*ANESTHETICS TOPICAL ORAL*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>lidocaine hcl mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
*ANTI-INFECTIVES - THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>clotrimazole mouth/throat troche</i>	1 or 1b*	QL (5 tablet per 1 day)
<i>nystatin mouth/throat suspension</i>	3	QL (24 mL per 1 day)
ORAVIG BUCCAL TABLET (<i>miconazole</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	
*LOZENGES*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>medikoff drops mouth/throat lozenge 5.8 mg</i>	1 or 1b*	
*PROTECTANTS - MOUTH/THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
GELCLAIR MOUTH/THROAT GEL (<i>povidone-nahyaluron-glycyrrhet</i>)	3	
*SALIVA STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>cevimeline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
EVOXAC ORAL CAPSULE (<i>cevimeline hcl</i>)	3	
<i>pilocarpine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SALAGEN ORAL TABLET (<i>pilocarpine hcl</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
*STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	1 or 1b*	
<i>oralone mouth/throat paste</i>	1 or 1b*	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</i>	1 or 1b*	
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION		
*B-COMPLEX VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex plus b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin b complex w/b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin-b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/ C & CALCIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>gnp b-complex plus vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc b-complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dialyvite 800 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nat-rul daily-vite+iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress b complex/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tab-a-vite/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-iron</i>)	2; \$0	
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & CALCIUM-FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FOLGARD OS ORAL TABLET (<i>multiple vit-min-calcium-fa</i>)	3	
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FLUORIDE-IRON-FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>multi vit-min-fluoride-fe-fa</i>)	3	
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	2	
<i>alive daily energy oral tablet</i>	2	
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	2	
CENTRUM MINIS WOMEN IMMUNE SUP ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	2	
<i>gnp century adult oral tablet</i>	2	
<i>medi tab oral tablet</i>	3	
<i>thera-vite max-m oral tablet</i>	2	
*MULTIVITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vites oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily-vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ESTROFACTORS ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; \$0	
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>multiple vitamin</i>)	3	
<i>multi vitamin oral tablet</i>	2; \$0	
MULTI VITAMIN W/D-3 ORAL TABLET	2; \$0	
<i>multiple vitamin-folic acid oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	2; \$0	
<i>multivitamin iron-free oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; \$0	
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
NEOMULTIVITE ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>novite oral capsule</i>	1 or 1b*	
OMNICAP ORAL TABLET	2; \$0	
<i>once daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily essential oral tablet</i>	2; \$0	
<i>one daily essentials oral tablet</i>	2; \$0	
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc essentials oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
QUINTABS ORAL TABLET	2; \$0	
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress formula oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress formula/zinc/energy oral tablet</i>	2; \$0	
<i>stresstabs energy oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tab-a-vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tab-a-vite/beta carotene oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
THERA ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>thera-tabs oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THEREMS ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>tm-daily vite oral tablet</i>	2; \$0	
<i>true daily vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>true multivitamin oral tablet</i>	2; \$0	
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitalee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
VITLIPID N ADULT INTRAVENOUS EMULSION (<i>multiple vitamin</i>)	3	
*PED MULTI VITAMINS W/FL & FE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>multi-vitamin/fluoride/iron oral solution</i>	1 or 1b*	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	3	
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	3	
*PED MV W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DAVIMET-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral solution</i>	2	
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable</i>	2; \$0	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
*PED VITAMINS ACD & FA W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>ped vit a-c-d-methylfolate-fl</i>)	3	
TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION	3	
*PED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>tri-vite/fluoride oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamins acd-fluoride oral solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS & MINERALS W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ped multiple vit-minerals-fl</i>)	3	
*PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	3	
VITALIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	3	
VITLIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	3	
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ATABEX OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit w/ fe bisg-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
AZESCO ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL B-CALM ORAL (<i>prenat w/o a fecbnfeglu-fa & b6</i>)	2	QL (3 tablets per 1 day)
CLASSIC PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
C-NATE DHA ORAL CAPSULE	2	QL (1 capsule per 1 day)
COMPLETENATE ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL (1 tablet per 1 day)
CO-NATAL FA ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CONCEPT OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CVS PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>elite-ob oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ENBRACE HR ORAL CAPSULE (<i>prenat vit-fe gly cys-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQL PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
GNP PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>inatal gt oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
KP PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
KPN PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
MASONATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
M-NATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
MULTI PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>natal pnv oral tablet</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NATALVIT ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEEVO DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat w/oa-fefum-methf-omegas</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL PLUS ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>neonatal prenatal oral tablet</i>	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NESTABS DHA ORAL (<i>prenat-w/oa-fe bisgly-fa-omega</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ORAL TABLET (<i>prenat-fe bisgly-fa-w/o vit a</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NIVA-PLUS ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat-febn-feaspgl-fa-fish</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE ORAL TABLET (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE (<i>prenat-febn-feaspgl-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET (<i>prenatal-fe cbn-fe asp gly-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-febn-feaspgl-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ONE VITE WOMENS ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ONE VITE WOMENS PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL ORAL (<i>prenatal vit-fe fum-fa-omega</i>)	2; \$0	QL (1 EA per 1 day)
<i>pnv prenatal plus multivit+dha oral</i>	2	QL (2 units per 1 day)
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-select oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PREGENNA ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL (W/IRON & FA) ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet chewable</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL FORTE ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg</i>	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL-U ORAL CAPSULE (<i>prenatal w/o a vit-fe fum-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ELITE ORAL TABLET (<i>prenatal-feaspgly-methylfol-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRIX ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRYL ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRIMACARE ORAL CAPSULE (<i>pren-fe-meth-fa-omeg w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
QC PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
RELNATE DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG (<i>prenat vit-fepoly-methylfol-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG (<i>prenatal vit-fe psac cmplx-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL (1 tablet per 1 day)
SM ONE DAILY PRENATAL ORAL	2; \$0	QL (1 EA per 1 day)
SM PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
TARON-C DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
THRIVITE RX ORAL TABLET	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRICARE ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>trinate oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE (<i>prenat w/oa-fefum-methf-omegas</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal vit-fe phos-fa-omega</i>)	2	QL (3 gummies per 1 day)
VITAFOL-OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<i>prenat-fefum-fered-fa-dha w/oa</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VIVA DHA ORAL CAPSULE (<i>prenatal vit-fe fum-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ZALVIT ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZIPHEX ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL*** - DRUGS FOR NUTRITION		
COMPLETE NATAL DHA ORAL	2	QL (2 units per 1 day)
<i>wesnatal dha complete oral</i>	2	QL (2 units per 1 day)
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-DHA*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CITRANATAL 90 DHA ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL ASSURE ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefmcb-dss-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecb-fefum-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ENFAMIL EXPECTA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe-methylfol-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-dha oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PNV-DHA+DOCUSATE ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PREGEN DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
PRENATE DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE MINI ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecbn-feasp-meth-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB+DHA ORAL (<i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL-OB+DHA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (<i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATRUE ORAL (<i>prenat-fechel-fa-dha w/o vit a</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PRENATAL MV & MINERALS W/FA WITHOUT IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION		
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenat mv-min-methylfolate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*PRENATAL VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
PREMESISRX ORAL TABLET (<i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATE AM ORAL TABLET (<i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAFOL STRIPS ORAL FILM (<i>prenatal-b6-b12-d3-folic acid</i>)	2	ST; QL (1 EA per 1 day)
*VITAMIN D & K*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>d3 + k2 oral capsule</i>	2	
*VITAMINS W/ LIPOTROPICS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	2; \$0	
<i>b complex (lipotropics) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balance b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-50 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
COMPLEX B-100-INOSITOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2; \$0	
<i>cvs balanced b50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs inner ear plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ear health formula oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ear health plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
FLAVOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>lipo flavonoid plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lipoflavovit oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
LIPOTRIAD ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	2; \$0	
<i>mega multiple/chelated mineral oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nat-rul b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>risanoid plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ultra b-100 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
*CENTRAL MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carisoprodol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metaxalone oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>orphenadrine citrate injection solution</i>	1 or 1b*	
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (methocarbamol)	3	
<i>tizanidine hcl oral capsule 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 6 MG (tizanidine hcl)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL TABLET (tizanidine hcl)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
*DIRECT MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (dantrolene sodium)	3	
DANTRIUM ORAL CAPSULE (dantrolene sodium)	3	
<i>dantrolene sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>dantrolene sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>revonto intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (dantrolene sodium)	3	
*MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>norgesic oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>orphengesic forte oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL - DRUGS FOR THE NOSE		
*ANESTHETIC COMBINATIONS** - ALLERGY		
<i>lidocaine hcl-oxymetazoline nasal solution prefilled syringe</i>	3	
*ANTI-HISTAMINE-STERIOD*** - ALLERGY		
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension</i>	3	QL (1 bottle per 30 days)
DYMISTA NASAL SUSPENSION (azelastine-fluticasone)	3	QL (1 bottle per 30 days)
*NASAL ANESTHETICS*** - ALLERGY		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
GOPRELTO NASAL SOLUTION	3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION (cocaine hcl (nasal anesthetic))	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*NASAL ANTICHOLINERGICS*** - ALLERGY		
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	1 or 1b*	QL (1 mL per 1 day)
*NASAL ANTIHISTAMINES*** - ALLERGY		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 25 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 25 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
*NASAL STEROIDS*** - ALLERGY		
<i>flunisolide nasal solution</i>	3	ST; QL (3 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension</i>	1 or 1a*	QL (1 bottle per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension</i>	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL MINI NASAL IMPLANT (mometasone furoate)	3	
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT (mometasone furoate)	3	
PROPEL NASAL IMPLANT (mometasone furoate)	3	
*SYSTEMIC DECONGESTANTS*** - ALLERGY		
<i>eq sinus & congestion max str oral tablet</i>	1 or 1b*	
NEUROMUSCULAR AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
*DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
ANECTINE INJECTION SOLUTION (succinylcholine chloride)	3	
QUELICIN INJECTION SOLUTION (succinylcholine chloride)	3	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/5ML	3	
*NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>atracurium besylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cisatracurium besylate (pf) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cisatracurium besylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>rocuronium bromide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vecuronium bromide intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
NUTRIENTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*AMINO ACID MIXTURES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (amino acid infusion)	3	
<i>aminosyn ii intravenous solution 15 %</i>	1 or 1b*	
AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion)	3	
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d5w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d10w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d5w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d15w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d20w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d10w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d5w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d15w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d20w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>clinisol sf intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>plenamine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
*AMINO ACIDS-SINGLE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cysteine hcl</i>)	3	
*CARBOHYDRATES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %</i>	1 or 1b*	
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
*LIPIDS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emuls plant base(soy/oliv)</i>)	3	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emulsion plant based (soy)</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emulsion plant based (soy)</i>)	3	
OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>fish oil triglyceride based</i>)	3	
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emul fish oil/plant based</i>)	3	
*MISC. NUTRITIONAL SUBSTANCES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>asian ginseng oral capsule</i>	2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 250 MG (<i>omega-3 fatty acids</i>)	2	
*PROTEIN-CARBOHYDRATE-LIPID WITH ELECTROLYTE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>amino ac-dext-lipid-electrolyt</i>)	3	
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>amino ac-dext-lipid-electrolyt</i>)	3	
OPHTHALMIC AGENTS - DRUGS FOR THE EYE		
*ALPHA ADRENERGIC AGONIST & CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>brinzolamide-brimonidine</i>)	2	QL (8 mL per 30 days)
*ARTIFICIAL TEAR AND LUBRICANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>lubricant eye pm ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	
REFRESH P.M. OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	1 or 1b*	
*ARTIFICIAL TEARS AND LUBRICANTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
EYES ALIVE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>carboxymethylcellulose sodium</i>)	1 or 1b*	
*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (60 units per 30 days)
*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (0.5 mL per 1 day)
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>timolol hemihydrate</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>betaxolol hcl</i>)	2	QL (15 mL per 30 days)
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ocudose ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution 0.25 %</i>	1 or 1b*	QL (18 mL per 30 days)
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % (<i>timolol maleate</i>)	3	QL (18 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 % (<i>timolol maleate</i>)	3	QL (20 mL per 30 days)
*CYCLOPLEGIC MYDRIATIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cyclopentolate-phenylephrine</i>)	3	
MYDCOMBI OPHTHALMIC SOLUTION CARTRIDGE (<i>tropicamide-phenylephrine</i>)	3	
*CYCLOPLEGIC MYDRIATICS*** - DRUGS FOR THE EYE		
ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL (20 mL per 30 days)
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 % (<i>cyclopentolate hcl</i>)	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>cyclopentolate hcl</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
<i>cyclopentolate hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>tropicamide</i>)	3	
<i>phenylephrine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>tropicamide ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
*LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>lifitegrast</i>)	2	PA; QL (2 vial per 1 day)
*MIOTICS - CHOLINESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED (<i>echothiophate iodide</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
*MIOTICS - DIRECT ACTING*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>acetylcholine chloride</i>)	3	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION (<i>carbachol</i>)	3	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
*OPHTHALMIC ANTIALLERGIC*** - DRUGS FOR ITCHY EYE		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTIBIOTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>azithromycin</i>)	3	QL (2.5 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 grams per 30 days)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>besifloxacin hcl</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	3	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>mitomycin intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
MITOSOL OPHTHALMIC KIT (<i>mitomycin</i>)	3	
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ofloxacin</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
<i>ofloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>tobramycin</i>)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION (<i>moxifloxacin hcl</i>)	3	QL (3 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTIFUNGAL*** - DRUGS FOR THE EYE		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>natamycin</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
<i>neo-polycin ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>polycin ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTISEPTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION (<i>povidone-iodine</i>)	3	
*OPHTHALMIC ANTIVIRALS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>trifluridine ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 30 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL (<i>ganciclovir</i>)	3	QL (5 gram per 7 days)
*OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>brinzolamide ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>ak-fluor intravenous solution 10 %</i>	1 or 1b*	
<i>ak-fluor intravenous solution 25 %</i>	3	
<i>altafluor benox ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluorescein intravenous solution</i>	1 or 1b*	
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION (fluorescein sodium)	3	
FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION (fluorexon-benoxinate)	3	
*OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
XDEMVIY OPHTHALMIC SOLUTION (lotilaner)	3	PA; QL (1 bottle per 1 fill)
*OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 vials per 1 day)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION (cyclosporine)	2	PA; QL (1 bottle per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION (cyclosporine)	2	PA; QL (2 vials per 1 day)
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION (cyclosporine)	3	PA; QL (120 vials per 30 days)
*OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
BSS INTRAOCULAR SOLUTION (ophth irr soln-intraocular)	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (ophth irr soln-intraocular)	3	
*OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION (netarsudil-latanoprost)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETIC - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>bup-lido intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
<i>lidocaine hcl-bupivacaine hcl intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
*OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS*** - DRUGS FOR THE EYE		
AKTEN OPHTHALMIC GEL (lidocaine hcl)	3	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION (proparacaine hcl)	3	
IHEEZO OPHTHALMIC GEL (chloroprocaine hcl)	3	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>tetracaine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	QL (1 box per 30 days)
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1.7 mL per 30 days)
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bromfenac sodium</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>nepafenac</i>)	2	QL (3 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>nepafenac</i>)	3	QL (3 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>riboflav5 & riboflav5-dextran</i>)	3	
*OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>netarsudil dimesylate</i>)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION (<i>brimonidine tartrate</i>)	3	QL (30 mL per 30 days)
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>apraclonidine hcl</i>)	3	
*OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	3	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	3	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (7 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (15 mL per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol-tobramycin</i>)	2	QL (20 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT (<i>dexamethasone</i>)	3	
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>dexamethasone</i>)	3	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION (<i>difluprednate</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone acetate</i>)	3	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone</i>)	3	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone</i>)	3	
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (5.6 mL per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (10 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (7 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (30 mL per 30 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i>	1 or 1b*	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>dexamethasone</i>)	3	
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT (<i>dexamethasone</i>)	3	PA; LD; SP
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>prednisolone acetate</i>)	3	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (20 mL per 30 days)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	PA; LD; SP
TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	PA
*OPHTHALMIC SULFONAMIDES*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OPHTHALMIC SURGICAL AIDS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION (<i>na chondroit sulf-na hyaluron</i>)	3	
DUOVISC INTRAOCULAR KIT 0.4-0.35 ML, 0.55-0.5 ML (<i>na hyalur & na chond-na hyalur</i>)	3	
OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION (<i>phenylephrine-ketorolac</i>)	3	
VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>na chondroit sulf-na hyaluron</i>)	3	
*OPHTHALMIC SURGICAL AIDS*** - DRUGS FOR THE EYE		
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (<i>hypromellose</i>)	3	
TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>brilliant blue g</i>)	3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	3	
VISIONBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>trypan blue</i>)	3	
*OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION (<i>oxymetazoline hcl</i>)	3	PA; QL (30 containers per 30 days)
*OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cysteamine hcl</i>)	3	PA; QL (4 bottles per 28 days)
*PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>bimatoprost ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION (<i>latanoprost</i>)	3	QL (30 units per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bimatoprost</i>)	2	QL (7.5 mL per 30 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (9 mL per 30 days)
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>latanoprostene bunod</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
XELPROS OPHTHALMIC EMULSION (<i>latanoprost</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>tafluprost</i>)	3	QL (9 mL per 30 days)
OTIC AGENTS - DRUGS FOR THE EAR		
*OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS*** - WAX REMOVAL		
<i>acetic acid otic solution</i>	1 or 1b*	
*OTIC ANALGESIC COMBINATIONS**** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
PRAMOTIC OTIC LIQUID (<i>pramoxine-chloroxylenol</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OTIC ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS		
CETRALAX OTIC SOLUTION (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	3	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ciprofloxacin hcl otic solution</i>	1 or 1b*	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ofloxacin otic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
*OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i>	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 1 fill)
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution</i>	1 or 1b*	QL (28 vials per 1 fill)
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION (<i>neomycin-colist-hc-thonzonium</i>)	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution</i>	1 or 1b*	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
OTOVEL OTIC SOLUTION (<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>)	3	QL (28 vials per 1 fill)
*OTIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
DERMOTIC OTIC OIL (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	
<i>flac otic oil</i>	1 or 1b*	
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
OXYTOCICS - HORMONES		
*ABORTIFACIENTS/CERVICAL RIPENING - PROSTAGLANDINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>carboprost tromethamine intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>carboprost tromethamine intramuscular solution prefilled syringe</i>	3	
CERVIDIL VAGINAL INSERT (<i>dinoprostone</i>)	3	
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>carboprost tromethamine</i>)	3	
PREPIDIL VAGINAL GEL (<i>dinoprostone</i>)	3	
*OXYTOCICS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>methergine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>methylergonovine maleate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylergonovine maleate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>oxytocin injection solution</i>	1 or 1b*	
PITOCIN INJECTION SOLUTION (<i>oxytocin</i>)	3	
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS - BIOLOGICAL AGENTS		
*ANTITOXINS-ANTIVENINS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>centruroides (scorpion) im fab</i>)	3	
ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>crotalidae immune fab (equine)</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT	3	
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>crotalidae polyval immune fab</i>)	3	
*ANTIVIRAL MONOCLONAL ANTIBODIES*** - BIOLOGICAL AGENTS		
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pemivibart</i>)	3	
*BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bezlotoxumab</i>)	3	PA
*IMMUNE SERUMS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>botulism immune globulin human</i>)	3	
CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vaccinia immune globulin human</i>)	3	
HYPERTET INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tetanus immune globulin</i>)	3	
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>varicella-zoster immune glob</i>)	3	
PENICILLINS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOPENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 400 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*	
<i>ampicillin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*NATURAL PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>penicillin g benzathine</i>)	3	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>penicillin g benzathine</i>)	3	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>penicillin g benzathine</i>)	3	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen el costo compartido más alto \$0=medicamentos preventivos 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>pfizerpen injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*PENICILLIN COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	3	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	2	
AUGMENTIN ORAL TABLET (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	3	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>penicillin g benzathine & proc</i>)	3	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>penicillin g benzathine & proc</i>)	3	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>)	3	
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>)	3	
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>piperacillin-tazobactam in dex</i>)	3	
*PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>dicloxacillin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS		
*SEMI SOLID VEHICLES***		
<i>ft petroleum jelly external gel</i>	1 or 1b*	
PROGESTINS - HORMONES		
*PROGESTINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>norethindrone acetate (Gallifrey Oral Tablet)</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>progesterone intramuscular oil</i>	1 or 1b*	
<i>progesterone oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>progesterone oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsule per 1 day)
PROVERA ORAL TABLET (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>lofexidine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
*ALCOHOL DETERRENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>disulfiram oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ANTI-CATAPLECTIC AGENTS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
<i>sodium oxybate oral solution</i>	3	PA; QL (18 mL per 1 day)
XYREM ORAL SOLUTION (<i>sodium oxybate</i>)	3	PA; QL (18 mL per 1 day)
*ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS**** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>)	2	QL (1 pack per 1 one-time fill)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
*BENZODIAZEPINES & TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet</i>	1 or 1b*	
*CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS**** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG (<i>donepezil hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ARICEPT ORAL TABLET 5 MG (<i>donepezil hcl</i>)	3	DO
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (<i>rivastigmine</i>)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 4.6 MG/24HR (<i>rivastigmine</i>)	3	ST; QL (1 gram per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (1 patch per 1 day)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (1 gram per 1 day)
*FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
SAVELLA ORAL TABLET (<i>milnacipran hcl</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL (<i>milnacipran hcl</i>)	2	QL (1 pack per 365 days)
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>bremelanotide acetate</i>)	3	PA; QL (4 autoinjectors per 30 days)
*MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
*N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 7 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 21 mg, 28 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>memantine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 6 months)
<i>memantine hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET (<i>memantine hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 6 months)
*PHENOTHIAZINES & TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet</i>	1 or 1b*	AL
*POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)/NEUROPATHIC PAIN AGENTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>gabapentin (once-daily) oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 300 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	3	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 450 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	2	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 600 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET 750 MG, 900 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG (<i>pregabalin</i>)	3	PA; DO
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG (<i>pregabalin</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
*PSEUDOBULBAR AFFECT AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE (<i>dextromethorphan-quinidine</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
*PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>ergoloid mesylates oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (10 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
*SEROTONIN 1A RECEPT AGONIST/SEROTONIN 2A RECEPT ANTAG*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ADDYI ORAL TABLET (<i>flibanserin</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*SMOKING DETERRENENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*; \$0	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvs nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvs nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>habitrol transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit2 mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit2 mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit4 mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit4 mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (nicotine)	2; \$0	
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE (nicotine polacrilex)	2; \$0	
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM (nicotine polacrilex)	2; \$0	
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE (nicotine polacrilex)	2; \$0	
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM (nicotine polacrilex)	2; \$0	
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; \$0	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
NICOTROL INHALATION INHALER (<i>nicotine</i>)	3; \$0	PA; QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (<i>nicotine</i>)	3; \$0	PA; QL (4 mL per 1 day)
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra mini nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine gum mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>thrive mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*; \$0	QL (53 dose pack per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*; \$0	PA; QL (2 tablet per 1 day)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	PA; QL (2 tablet per 1 day)
*THIENBENZODIAZEPINES & OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
LYBALVI ORAL TABLET (<i>olanzapine-samidorphane</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*THIENBENZODIAZEPINES & SSRIS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
SYMBYAX ORAL CAPSULE (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>)	3	DO; AL
*VASOMOTOR SYMPTOM AGENTS - SSRIS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>paroxetine mesylate oral capsule</i>	1 or 1b*	
SULFONAMIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*SULFONAMIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TETRACYCLINES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOMETHYLCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (omadacycline tosylate)	3	
NUZYRA ORAL TABLET (omadacycline tosylate)	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
*FLUOROCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (eravacycline dihydrochloride)	3	
*GLYCYLCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (tigecycline)	3	
*TETRACYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
<i>demeclocycline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	3	ST
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (600 mL per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (minocycline hcl)	3	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>mondoxyne nl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>targadox oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tetracycline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
THYROID AGENTS - HORMONES		
*ANTITHYROID AGENTS - RADIOPHARMACEUTICALS*** - DRUGS FOR THYROID		
SODIUM IODIDE I-131 ORAL SOLUTION	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTITHYROID AGENTS*** - DRUGS FOR THYROID		
<i>methimazole oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>propylthiouracil oral tablet</i>	1 or 1b*	
*THYROID HORMONES*** - DRUGS FOR THYROID		
ADTHYZA ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	3	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	3	
CYTOMEL ORAL TABLET (<i>liothyronine sodium</i>)	3	
<i>euthyrox oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levo-t oral tablet</i>	1 or 1b*	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/5ML, 200 MCG/5ML, 500 MCG/5ML	3	
<i>levothyroxine sodium intravenous solution 100 mcg/ml</i>	3	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>levothyroxine sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>levoxyl oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>liothyronine sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>liothyronine sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>niva thyroid oral tablet</i>	3	
<i>np thyroid oral tablet</i>	1 or 1a*	
SYNTHROID ORAL TABLET (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
<i>thyroid oral tablet</i>	3	
TIROSINT ORAL CAPSULE (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
<i>unithroid oral tablet</i>	1 or 1a*	
TOXOIDS - BIOLOGICAL AGENTS		
*TOXOID COMBINATIONS*** - VACCINES		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus-diphth-acell pertussis</i>)	3; \$0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>tetanus-diphth-acell pertussis</i>)	3; \$0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphth-acell pertussis-tetanus</i>)	3; \$0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphth-acell pertussis-tetanus</i>)	3; \$0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-hepatitis b recomb-ipv</i>)	3; \$0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dtap-ipv-hib vaccine</i>)	3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	3; \$0	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>)	3; \$0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>)	3; \$0	
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3; \$0	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb</i>)	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb</i>)	3	
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule</i>	1 or 1b*	
LIBRAX ORAL CAPSULE (<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>)	3	
*ANTISPASMODICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>dicyclomine hcl</i>)	3	
<i>dicyclomine hcl intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>dicyclomine hcl oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>dicyclomine hcl oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>dicyclomine hcl oral tablet</i>	1 or 1a*	
*BELLADONNA ALKALOIDS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.25 MG/5ML, 0.5 MG/5ML, 1 MG/10ML	3	
ATROPINE SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*H-2 ANTAGONIST-ANTACID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>goodsense dual action complete oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
*H-2 ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>cimetidine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cimetidine oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>eq famotidine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine (pf) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 1 day)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>famotidine premixed intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nizatidine oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 20 MG (famotidine)	3	QL (4 tablets per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 40 MG (famotidine)	3	QL (2 tablets per 1 day)
*MISC. ANTI-ULCER*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
CARAFATE ORAL SUSPENSION (sucralfate)	3	
CARAFATE ORAL TABLET (sucralfate)	3	
<i>sucralfate oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>sucralfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>esomeprazole magnesium oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ft acid reducer oral capsule delayed release 20 mg</i>	1 or 1b*	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1 or 1b*	
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (esomeprazole sodium)	3	
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium-nacl intravenous solution</i>	3	
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (pantoprazole sodium)	3	
*QUATERNARY ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
CUVPOSA ORAL SOLUTION (glycopyrrolate)	3	
GLYCATE ORAL TABLET (glycopyrrolate)	3	PA
<i>glycopyrrolate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycopyrrolate oral solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	
GLYCOPYRROLATE ORAL TABLET 1.5 MG	3	PA
GLYCOPYRROLATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.2 MG/ML, 0.4 MG/2ML	1 or 1b*	
<i>glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.6 mg/3ml</i>	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
<i>methscopolamine bromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
*ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
HELIDAC THERAPY ORAL (<i>metronid-tetracyc-bis subsal</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
PYLERA ORAL CAPSULE (<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
*ULCER ANTI-INFECTIVE W/ PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
OMECLAMOX-PAK ORAL (<i>amoxicill-clarithro-omeprazole</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>amoxicill-rifabutin-omeprazole</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
*ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
CYTOTEC ORAL TABLET (<i>misoprostol</i>)	3	\$0 for Fully insured members in California
<i>misoprostol oral tablet</i>	1 or 1a*	\$0 for Fully insured members in California
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
*URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICHOLINERGIC)*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>solifenacin succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tolterodine tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>trospium chloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>mirabegron er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>mirabegron</i>)	3	QL (3 bottles per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>mirabegron</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i>	1 or 1b*	
*URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>flavoxate hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
VACCINES - BIOLOGICAL AGENTS		
*BACTERIAL VACCINES*** - VACCINES		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	3; \$0	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3; \$0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b recomb omv adj</i>)	3; \$0	
BIOTHRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>anthrax vaccine adsorbed</i>)	3	
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 21-valent conjuga</i>)	3; \$0	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	3; \$0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>mening acy&w-135 tetanus conj</i>)	3; \$0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>meningococcal a c y&w-135 olig</i>)	3; \$0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>meningococcal a c y&w-135 olig</i>)	3; \$0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	3; \$0	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>mening acyw(tet conj)-b(rcmb)</i>)	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal vac polyvalent</i>)	2; \$0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 20-val conj vacc</i>)	2; \$0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b vac (recomb)</i>)	3; \$0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>typhoid vi polysaccharide vacc</i>)	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>typhoid vi polysaccharide vacc</i>)	3	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>cholera vac live attenuated</i>)	3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 15-val conj vacc</i>)	2; \$0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>typhoid vaccine</i>)	2	
*VIRAL VACCINE COMBINATIONS*** - VACCINES		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>measles, mumps & rubella vac</i>)	3; \$0	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>measles, mumps & rubella vac</i>)	3; \$0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>measles-mumps-rubella-varicell</i>)	3; \$0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis a-hep b recomb vac</i>)	3; \$0	
*VIRAL VACCINES*** - VACCINES		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rsv pre-fusion f a&b vac rcmb</i>)	3; \$0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>smallpox vaccine</i>)	3; \$0	
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine split</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rsvpref3 vac recomb adjuvanted</i>)	3; \$0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION (<i>influenza a (h5n1) subunit adj</i>)	2	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>influenza a (h5n1) subunit adj</i>)	2	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dengue virus vaccine live tetr</i>)	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>ebola zaire virus vaccine live</i>)	3	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac a&b surf ant adj</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac recombinant ha</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza vac tiss-cult subunt</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac tiss-cult subunt</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (<i>influenza virus vaccine live</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac split high-dose</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine split</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	2; \$0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	2; \$0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	3; \$0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recomb adj</i>)	3; \$0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rabies virus vaccine, hdc</i>)	3	
IPOL INJECTION INJECTABLE (<i>poliovirus vaccine inactivated</i>)	3; \$0	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chikungunya virus vaccine live</i>)	3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>japanese encephalitis vac inac</i>)	3	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>smallpox & monkeypox vac, live</i>)	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>rsv mrna pre-f virus vaccine</i>)	3; \$0	AL; QL (1 syringe per 1 lifetime)
<i>novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe</i>	2; \$0	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
<i>pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension</i>	2; \$0	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis b vac 3-antigen rcmb</i>)	3; \$0	
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rabies vaccine, pcec</i>)	3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION (<i>rotavirus vaccine live oral</i>)	3; \$0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION (<i>rotavirus vac live pentavalent</i>)	3; \$0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>zoster vac recomb adjuvanted</i>)	3; \$0	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>tick-borne encephalitis vacc</i>)	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	3; \$0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>varicella virus vaccine live</i>)	3; \$0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (<i>yellow fever vaccine</i>)	3	
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN		
*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>eq miconazole 3-day combo vaginal kit</i>	1 or 1b*	
<i>eq miconazole 7 vaginal cream</i>	1 or 1b*	
<i>ft miconazole 3 comb pack-supp vaginal kit</i>	1 or 1b*	
<i>ft miconazole 3 combo pack vaginal kit</i>	1 or 1b*	
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM (<i>butoconazole nitrate (1 dose)</i>)	3	
<i>miconazole 3 vaginal suppository</i>	1 or 1b*	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>	1 or 1b*	QL (40 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>terconazole vaginal suppository</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 30 days)
*MISCELLANEOUS VAGINAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
INTRAROSA VAGINAL INSERT (<i>prasterone</i>)	3	ST; QL (1 insert per 1 day)
*SPERMICIDES*** - BIRTH CONTROL PILLS		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
TODAY SPONGE VAGINAL (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
*VAGINAL ANTI-INFECTIVES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
CLEOCIN VAGINAL CREAM (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (<i>clindamycin phosphate</i>)	2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM (<i>clindamycin phosphate (1 dose)</i>)	3	
<i>metronidazole vaginal gel</i>	1 or 1b*	
NUVESSA VAGINAL GEL (<i>metronidazole</i>)	3	
VANAZOLE VAGINAL GEL (<i>metronidazole</i>)	1 or 1b*	
XACIATO VAGINAL GEL (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	PA; QL (1 applicator per 1 fill)
*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR WOMEN		
PHEXXI VAGINAL GEL (<i>lactic ac-citric ac-pot bitart</i>)	3	\$0
*VAGINAL ESTROGENS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>estradiol vaginal cream</i>	1 or 1b*	QL (42.5 grams per 30 days)
<i>estradiol vaginal tablet</i>	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
ESTRING VAGINAL RING (<i>estradiol</i>)	3	QL (1 ring per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING (<i>estradiol acetate</i>)	3	QL (0.02 EA per 1 day)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 packs per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 packs per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (<i>estrogens, conjugated</i>)	2	QL (1 gm per 1 day)
<i>yuvafem vaginal tablet</i>	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
*VAGINAL PROGESTINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT (<i>progesterone</i>)	3	PA

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VASOPRESSORS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION (<i>epinephrine</i>)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>epinephrine injection solution auto-injector</i>	1 or 1b*	QL (2 pens per 1 fill)
EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT (<i>epinephrine</i>)	3	
*NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
*VASOPRESSORS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
ADRENALIN-NACL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>epinephrine-nacl</i>)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>epinephrine injection solution 10 mg/10ml</i>	3	
EPINEPHRINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/10ML	3	
EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>angiotensin ii acetate</i>)	3	
IMMPHENTIV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	3	
LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>norepinephrine bitartrate</i>)	3	
<i>midodrine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>norepinephrine bitartrate intravenous solution 2 mg/ml</i>	3	
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine hcl</i>)	3	
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION		
*VITAMIN A*** - DRUGS FOR NUTRITION		
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>vitamin a</i>)	3	
*VITAMIN B-1*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>thiamine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
*VITAMIN C*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ascorbic acid</i>)	3	
*VITAMIN D*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DRISDOL ORAL CAPSULE (<i>ergocalciferol</i>)	3	
<i>ergocalciferol oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>true vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	1 or 1b*	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit</i>	1 or 1a*	
*VITAMIN K*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>phytonadione injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>phytonadione oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>vitamin k1 injection solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **\$0**=medicamentos preventivos **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 11012024

Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS	159	<i>adapalene</i>	113	<i>alfuzosin hcl er</i>	133
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	159	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	112, 113	ALIMTA	63
<i>abacavir sulfate</i>	91	ADASUVE	86	ALIQOPA	80
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	89	ADCETRIS	66	<i>aliskiren fumarate</i>	57
ABELCET	48	ADDYI	202	ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT	179
ABILIFY MAINTENA	87	<i>adenosine</i>	27	<i>alive daily energy</i>	179
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	87	ADIPEX-P	13	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS	179
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	87	ADRENALIN	215	ALKINDI SPRINKLE	108
<i>abiraterone acetate</i>	63	ADRENALIN-NACL	215	<i>allbee/c</i>	177
ABLYSINOL	99	<i>adriamycin</i>	74	<i>allopurinol</i>	134
ABRAXANE	78	ADTHYZA	206	<i>allopurinol sodium</i>	134
ABRYSVO	211	ADVANCED MOBILE LANCET	149	<i>almotriptan malate</i>	167
ABSORICA	113	ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	159	<i>aloe vera leaf juice</i>	15
ABSORICA LD	113	ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES	159	<i>alogliptin benzoate</i>	40
ACAM2000	211	ADVOCATE INSULIN SYRINGE	159	<i>alogliptin-metformin hcl</i>	40
<i>acamprosate calcium</i>	200	ADVOCATE LANCETS	149	<i>alogliptin-pioglitazone</i>	40
<i>acarbose</i>	39	ADVOCATE LANCETS 30G	149	<i>alophen</i>	143
ACCOLATE	30	ADVOCATE LANCETS 30G	149	ALOPRIM	134
ACCRUFER	138	ADVOCATE SAFETY LANCETS	149	ALORA	129
ACCU-CHEK AVIVA PLUS	123	ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G	149	<i>alosetron hcl</i>	131
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS	149	AEMCOLO	57	ALPHAGAN P	194
ACCU-CHEK GUIDE TEST	123	<i>afirmelle</i>	102	<i>alprazolam</i>	26
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS	149	AFLURIA	211	<i>alprazolam er</i>	26
ACCU-CHEK SMARTVIEW	123	AFLURIA PRESERVATIVE FREE	211	ALPRAZOLAM INTENSOL	26
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	149	<i>aftera</i>	106	<i>alprazolam xr</i>	26, 27
ACCURETIC	53	<i>afterpill</i>	106	<i>altafluor benox</i>	193
<i>accutane</i>	113	AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS	149	<i>altavera</i>	102
ACCUTREND GLUCOSE	123	AGGRASTAT	135	ALUNBRIG	65
<i>acebutolol hcl</i>	94	AGRYLIN	136	<i>alvimopan</i>	132
ACETADOTE	45	AIMOVIG	166	<i>alyacen 1/35</i>	102
<i>acetaminophen</i>	18	<i>aimSCO lubricated</i>	147	<i>alyacen 7/7/7</i>	108
<i>acetaminophen-codeine</i>	20	AIMSCO TWIST LANCETS 32G	150	<i>amantadine hcl</i>	82
<i>acetazolamide</i>	124	AIMSCO TWIST LANCETS 33G	150	AMBISOME	48
<i>acetazolamide er</i>	124	AJOVY	166	<i>amcinonide</i>	116
<i>acetazolamide sodium</i>	124	AKEEGA	70	AMELUZ	120
<i>acetic acid</i>	133, 196	<i>ak-fluor</i>	193	<i>amethyst</i>	106
<i>acetylcysteine</i>	45, 111	AKLIEF	113	AMIDATE	132
<i>acitretin</i>	115	AKOVAZ	215	<i>amikacin sulfate</i>	16
ACTHIB	210	AKTEN	193	<i>amiloride hcl</i>	124
ACTIFLOVIT EAR HEALTH	186	AKYNZEO	47	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	124
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE	138	AKYNZEO (READY-TO-USE)	47	<i>aminocaproic acid</i>	138
ACTI-LANCE 28G	149	AKYNZEO (TO-BE-DILUTED)	47	<i>aminophylline</i>	30
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	149	<i>ala-cort</i>	116	AMINOSYN II	188
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G	149	<i>albendazole</i>	25	<i>aminosyn ii</i>	188
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	149	ALBUKED 25	136	AMINOSYN-PF	188
ACTIVASE	137	ALBUKED 5	136	<i>aminosyn-pf 7%</i>	188
ACTIVELLA	128	ALBUMIN HUMAN	136	<i>amiodarone hcl</i>	28
ACTONEL	125	ALBUMINEX	136	<i>amitriptyline hcl</i>	38
ACULAR	194	ALBUMIN-ZLB	136	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	53
ACULAR LS	194	ALBURX	136	<i>amlodipine besylate</i>	95
ACUVAIL	194	ALBUTEIN	136	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	55
<i>acyclovir</i>	93, 115, 116	<i>albuterol sulfate</i>	29	<i>amlodipine atorvastatin</i>	99
<i>acyclovir sodium</i>	93	ALBUTEROL SULFATE	29	<i>amlodipine-olmesartan</i>	55
ADACEL	206	<i>albuterol sulfate hfa</i>	29	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	56
		ALCAINE	193	AMMONUL	127
		<i>alclometasone dipropionate</i>	116	<i>amnesteem</i>	113
		ALDACTONE	124	AMNIOFIX	121
		ALECENSA	65	AMNIOTEXT	121
		<i>alendronate sodium</i>	125	<i>amoxapine</i>	38

<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	199	<i>argyle sterile saline</i>	134	<i>atracurium besylate</i>	188
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	199	<i>argyle sterile water</i>	173	ATROPINE SULFATE	191, 207
AMPHADASE	172	ARICEPT	200	ATROVENT HFA	29
AMPHENOL-40	121	<i>aripiprazole</i>	88	<i>aubra eq</i>	102
<i>amphetamine sulfate</i>	12	ARISTADA	88	AUDENZ	211
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	12	ARISTADA INITIO	88	AUGMENTIN	199
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	12	ARIXTRA	32	AUGMENTIN ES-600	199
<i>amphet-dextroamphet 3-bead er</i>	12	<i>armodafinil</i>	14	AUGTYRO	73
<i>amphotericin b</i>	48	ARMOUR THYROID	206	<i>aum insulin safety pen needle</i>	159
<i>amphotericin b liposome</i>	48	ARNUITY ELLIPTA	30	AUM MINI INSULIN PEN	
<i>ampicillin</i>	198	AROMASIN	76	NEEDLE	159
<i>ampicillin sodium</i>	198	ARRANON	63	<i>aum pen needle</i>	159
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	199	<i>arsenic trioxide</i>	75	AUM READYGARD DUO PEN	
<i>anagrelide hcl</i>	136	ARTESUNATE	61	NEEDLE	159
ANALPRAM-HC	25	<i>articadent dental</i>	144	AUM SAFETY PEN NEEDLE	159
ANAPROX DS	17	ARTISS	138	AURORA LANCET SUPER THIN	
ANASCORP	197	ARZERRA	65	30G	150
<i>anastrozole</i>	76	ASCLERA	174	AURORA LANCET THIN 23G	150
ANAVIP	197	<i>ascomp-codeine</i>	20	AURORA PEN NEEDLES	160
ANCOBON	48	ASCOR	216	<i>aurovela 1.5/30</i>	102
ANDEXXA	45	<i>asenapine maleate</i>	86	<i>aurovela 1/20</i>	102
ANECTINE	188	<i>ashlyna</i>	106	<i>aurovela 24 fe</i>	102
ANESTHESIA S/I-40A	132	<i>asian ginseng</i>	190	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	102
ANESTHESIA S/I-40H	132	ASPARLAS	75	<i>aurovela fe 1/20</i>	102
ANESTHESIA S/I-40S	132	<i>aspirin</i>	19	AURYXIA	132
ANGELIQ	128	<i>aspirin 81</i>	19	AVASTIN	81
ANGIOMAX	32	<i>aspirin adult low dose</i>	19	<i>aviane</i>	102
ANKTIVA	75	<i>aspirin adult low strength</i>	19	AVITENE	138
ANNOVERA	105	<i>aspirin childrens</i>	19	AVITENE FLOUR	138
ANORO ELLIPTA	28	<i>aspirin ec adult low dose</i>	19	AVYCAZ	100
<i>anti-oxidant</i>	179	<i>aspirin ec low dose</i>	19	<i>ayuna</i>	102
ANTIVENIN LATRODECTUS		<i>aspirin ec low strength</i>	19	AYVAKIT	72
MACTANS	198	<i>aspirin low dose</i>	19	<i>azacitidine</i>	63
ANTIVENIN MICRURUS		<i>aspirin regimen</i>	19	AZACTAM	60
FULVIUS	198	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	136	<i>azasan</i>	174
ANTIVERT	47	ASPRUZYO SPRINKLE	26	AZASITE	191
ANUSOL-HC	25	ASSURE COMFORT LANCETS		<i>azathioprine</i>	174
ANZEMET	46	28G	150	AZATHIOPRINE SODIUM	174
APADAZ	23	ASSURE ID DUO PRO PEN		<i>azelaic acid</i>	120
<i>apap-caff-dihydrocodeine</i>	20	NEEDLES	159	<i>azelastine hcl</i>	188, 191
APONVIE	47	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES ...	159	<i>azelastine-fluticasone</i>	187
<i>apraclonidine hcl</i>	194	ASSURE ID SAFETY PEN		AZESCO	182
<i>aprepitant</i>	47	NEEDLES	159	AZILECT	83
APRETUDE	90	ASSURE LANCE LANCETS	150	<i>azithromycin</i>	146
<i>apri</i>	102	ASSURE LANCE LANCETS 21G	150	<i>aztreonam</i>	60
APRISO	131	ASSURE LANCE PLUS SAFETY		AZULFIDINE	131
APTIOM	33	25G	150	AZULFIDINE EN-TABS	131
APTIVUS	90	ASSURE LANCE PLUS SAFETY		<i>azurette</i>	102
<i>aq insulin syringe</i>	159	30G	150	<i>b complex (lipotropics)</i>	186
<i>aqinject pen needle</i>	159	ASSURE LANCE SAFETY		<i>b complex 100 tr</i>	177
AQUALANCE LANCETS 30G	150	LANCET 28G	150	<i>b complex formula 1 (lipotrop)</i>	186
AQUASOL A	216	ASTAGRAF XL	173	<i>b complex formula 1 (w/ fa)</i>	177
<i>aquastat</i>	170	ATABEX EC	182	<i>b complex-b12</i>	176
<i>Aquastat Sfr</i>	170	ATABEX OB	182	<i>b complex-c</i>	177
ARAKODA	61	<i>atazanavir sulfate</i>	90	B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA	177
<i>aranelle</i>	108	ATELVIA	125	<i>b complex-c-folic acid</i>	176
ARAVA	18	<i>atenolol</i>	94	<i>b-100 b-complex</i>	178
ARAZLO	113	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	57	<i>b-100 complex cr</i>	178
AREXVY	211	ATGAM	172	<i>b-100 tr</i>	178
<i>arformoterol tartrate</i>	29	<i>atomoxetine hcl</i>	12	<i>b-50 complex</i>	178
ARGATROBAN	32	<i>atorvastatin calcium</i>	52	BABYBIG	198
ARGATROBAN IN SODIUM		<i>atovaquone</i>	58	<i>bac</i>	18
CHLORIDE	32	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	61	<i>bacitracin</i>	192

<i>bacitracin-polymyxin b</i>	192	BD VEO INSULIN SYR U/F		BONJESTA	47
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	194	1/2UNIT	160	BOOSTRIX	206
<i>baclofen</i>	186	BD VEO INSULIN SYRINGE U/F ..	160	<i>bortezomib</i>	72
BACTRIM	58	BELBUCA	23	BOSULIF	68
BACTRIM DS	58	BELEODAQ	70	<i>boswellia</i>	15
<i>balance b-100</i>	186	BELRAPZO	62	BRAFTOVI	68
<i>balance b-50</i>	178	<i>benazepril hcl</i>	54	BREO ELLIPTA	28
<i>balanced b complex</i>	178	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	53	BREVIBLOC	94
<i>balanced b-100</i>	178	<i>bendamustine hcl</i>	62	BREVIBLOC IN NAACL	94
<i>balanced b-50 complex</i>	186	BENDEKA	62	BREVIBLOC PREMIXED	94
<i>balanced b-50/fa</i>	178	BENTYL	207	BREVIBLOC PREMIXED DS	94
BALCOLTRA	102	BENZALKONIUM CHLORIDE	88	BREVITAL SODIUM	133
BALFAXAR	135	BENZHYDROCODONE-		BREXAFEMME	48
<i>balsalazide disodium</i>	131	ACETAMINOPHEN	23	Breyna.....	28
BALVERSA	69	BENZNIDAZOLE	25	BREZTRI AEROSPHERE	28
<i>balziva</i>	102	<i>benzonatate</i>	110	BRIDION	45
BANZEL	33	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	113	<i>briellyn</i>	102
BAQSIMI ONE PACK	40	<i>benzphetamine hcl</i>	13	BRILINTA	135
BAQSIMI TWO PACK	40	<i>benztropine mesylate</i>	82	<i>brimonidine tartrate</i>	120, 194
BARHEMSYS	47	BESIVANCE	192	<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	190
BAVENCIO	67	BESPONSA	66	<i>brinzolamide</i>	192
BAXDELA	129	BESREMI	75	BRIVIACT	33
<i>bayer aspirin ec low dose</i>	19	BETADINE OPHTHALMIC PREP	192	<i>bromfenac sodium</i>	194
<i>bayer low dose</i>	19	<i>betaine</i>	126	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	194
BCG VACCINE	210	<i>betamethasone dipropionate</i>	116	<i>bromocriptine mesylate</i>	82
<i>b-compleet-100</i>	178	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	116	BROMSITE	194
<i>b-compleet-50</i>	178	<i>betamethasone valerate</i>	116	BROVANA	29
<i>b-complex</i>	178	<i>betaxolol hcl</i>	94, 190	BRUKINSA	69
<i>b-complex (folic acid)</i>	177	<i>bethanechol chloride</i>	210	BSS	193
<i>b-complex balanced</i>	176	BETIMOL	190	BSS PLUS	193
<i>b-complex plus b-12</i>	176	BETOPTIC-S	190	<i>budesonide</i>	25, 30, 108
<i>b-complex/b-12</i>	176	<i>better b complex</i>	177	<i>budesonide er</i>	108
<i>b-complex/electrolytes</i>	177	<i>bexarotene</i>	81, 122	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	28
<i>b-complex/vitamin c</i>	176	BEXSERO	210	<i>bumetanide</i>	124
<i>b-complex-c</i>	177	BEYAZ	102	BUMEX	124
<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	176	<i>bicalutamide</i>	63	BUPIVACAINE FISIOPHARMA ...	145
BD AUTOSHIELD DUO	160	BICILLIN C-R	199	<i>bupivacaine hcl (pf)</i>	145
<i>bd heparin posiflush</i>	31	BICILLIN C-R 900/300	199	<i>bupivacaine-epinephrine</i>	144
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II	160	BICILLIN L-A	198	<i>bupivacaine-epinephrine (pf)</i>	144
BD INSULIN SYRINGE	160	BIDIL	99	<i>bup-lido</i>	193
BD INSULIN SYRINGE HALF-		<i>big 100</i>	177	<i>buprenorphine</i>	24
UNIT	160	<i>big 100 (biotin)</i>	178	<i>buprenorphine hcl</i>	23
BD INSULIN SYRINGE		BIJUVA	128	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	23, 24
MICROFINE	160	BIKTARVY	89	<i>bupropion hcl</i>	37
BD INSULIN SYRINGE U/F	160	BILTRICIDE	25	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	202
BD INSULIN SYRINGE U/F		<i>bimatoprost</i>	120, 196	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	37
1/2UNIT	160	BINOSTO	125	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	37
BD INSULIN SYRINGE U-500	160	BIORPHEN	215	<i>burn gel</i>	119
BD INSULIN SYRINGE		BIOTHRAX	210	<i>buspirone hcl</i>	26
ULTRAFINE	160	<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>	209	<i>busulfan</i>	62
BD MICROTAINER LANCETS	150	<i>bisacodyl</i>	143	BUSULFEX	62
BD PEN NEEDLE MICRO U/F	160	<i>bisacodyl ec</i>	143	<i>butalbital-acetaminophen</i>	18
BD PEN NEEDLE MINI U/F	160	<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>	209	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	20
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN		<i>bisoprolol fumarate</i>	94	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	18, 19
.....	160	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	57	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	20
BD PEN NEEDLE NANO U/F	160	<i>bivalirudin trifluoroacetate</i>	32	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	19
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F	160	BLINCYTO	68	<i>butorphanol tartrate</i>	24
BD PEN NEEDLE SHORT U/F	160	<i>blisovi 24 fe</i>	102	CABENUVA	89
<i>bd posiflush</i>	170	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	102	<i>cabergoline</i>	126
<i>Bd Posiflush Safescrub</i>	170	<i>blisovi fe 1/20</i>	102	CABOMETYX	71
BD SAFETYGLIDE INSULIN		BLOXIVERZ	61	CADUET	99
SYRINGE	160	BLT-25	110	<i>caffeine citrate</i>	13
				<i>calcipotriene</i>	115

<i>calcipotriene-betameth diprop</i>	122	CARETOUCH TWIST LANCETS	<i>cetirizine hcl</i>	50
<i>calcitonin (salmon)</i>	126	33G	CETRALAX	197
<i>calcitrene</i>	115	CARETOUCH TWIST MC	<i>cevimeline hcl</i>	176
<i>calcitriol</i>	115, 126	LANCETS 30G	<i>charlotte 24 fe</i>	103
<i>calcium 600-vitamin d3</i>	167	<i>carisoprodol</i>	<i>chateal eq</i>	103
<i>calcium acetate</i>	132	<i>carmustine</i>	CHEMET	45
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	132	CARNITOR	<i>childrens aspirin</i>	19
CALCIUM GLUCONATE	167	CARNITOR SF	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	58
CALCIUM GLUCONATE-NACL	167	CAROSPIR	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	27
CALDOLOR	17	<i>carteool hcl</i>	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	200
CALMAID	16	<i>cartia xt</i>	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	207
CALQUENCE	69	<i>carvedilol</i>	<i>chlorhexidine gluconate</i>	175
CAMCEVI	78	<i>carvedilol phosphate er</i>	<i>chlorprocaine hcl (pf)</i>	145
<i>camila</i>	107	CASODEX	<i>chloroquine phosphate</i>	61
CAMPTOSAR	81	CASPOFUNGIN ACETATE	<i>chlorothiazide sodium</i>	125
<i>camrese</i>	106	CATAPRES-TTS-1	<i>chlorpromazine hcl</i>	87
<i>camrese lo</i>	106	CATAPRES-TTS-2	CHLORPROMAZINE HCL	87
CANASA	131	CATAPRES-TTS-3	<i>chlorthalidone</i>	125
CANCIDAS	48	CATHFLO ACTIVASE	<i>chlorzoxazone</i>	186
<i>candesartan cilexetil</i>	55	CAVERJECT	CHOLBAM	130
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	55	CAVERJECT IMPULSE	<i>cholestyramine</i>	51
CAPCOF	112	CAYA	<i>cholestyramine light</i>	51
<i>capecitabine</i>	64	<i>cefaclor</i>	CHOSEN LANCETS 30G	150
CAPLYTA	84	CEFACTOR ER	CHOSEN SAFETY LANCETS 28G	150
CAPRELSA	71, 72	<i>cefadroxil</i>	<i>chromic chloride</i>	170
<i>captopril</i>	54	<i>cefazolin sodium</i>	<i>ciclodan</i>	114
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	53	CEFAZOLIN SODIUM	<i>ciclopirox</i>	114
CAPVAXIVE	210	CEFAZOLIN SODIUM-	<i>ciclopirox olamine</i>	114
CARAC	115	DEXTROSE	<i>cidofovir</i>	92
CARAFATE	208	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	<i>cilostazol</i>	135
<i>carbamazepine</i>	33	<i>cefdinir</i>	CILOXAN	192
<i>carbamazepine er</i>	33	<i>cefepime hcl</i>	CIMDUO	89
<i>carbidopa</i>	83	CEFEPIME HCL	<i>cimetidine</i>	207, 208
<i>carbidopa-levodopa</i>	83	CEFEPIME-DEXTROSE	<i>cimetidine hcl</i>	207
<i>carbidopa-levodopa er</i>	83	<i>cefixime</i>	CINVANTI	48
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	83	CEFOTAN	CIPRO	130
<i>carbinoxamine maleate</i>	50	<i>cefotaxime sodium</i>	<i>ciprofloxacin hcl</i>	130, 192, 197
<i>carbinoxamine maleate er</i>	50	<i>cefotetan disodium</i>	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	130
<i>carboplatin</i>	62	<i>cefoxitin sodium</i>	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	197
<i>carboprost tromethamine</i>	197	CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE	<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i>	197
CARDENE IV	95	.....	<i>cisatracurium besylate</i>	188
CARDIZEM	95	<i>cefpodoxime proxetil</i>	<i>cisatracurium besylate (pf)</i>	188
CARDURA	56	<i>cefprozil</i>	<i>cisplatin</i>	62
CARDURA XL	133	<i>ceftazidime</i>	CISPLATIN	62
CAREFINE PEN NEEDLES	160	<i>ceftriaxone sodium</i>	<i>citalopram hydrobromide</i>	37
CAREONE INSULIN SYRINGE	160	CEFTRIAOXONE SODIUM	CITRANATAL 90 DHA	185
CAREONE LANCET SUPER THIN		<i>ceftriaxone sodium in dextrose</i>	CITRANATAL ASSURE	185
30G	150	CEFTRIAOXONE SODIUM-	CITRANATAL B-CALM	182
CAREONE LANCET THIN 23G	150	DEXTROSE	CITRANATAL HARMONY	185
CAREONE UNIFINE PENTIPS		<i>cefuroxime axetil</i>	CITRANATAL MEDLEY	185
PLUS	160	<i>cefuroxime sodium</i>	<i>citrate of magnesia</i>	143
CARESENS LANCETS	150	<i>celecoxib</i>	<i>citroma</i>	143
CARESENS LANCETS 30G	150	CELESTONE SOLUSPAN	<i>cladribine</i>	64
CARETOUCH INSULIN SYRINGE		CELLCEPT	<i>claravis</i>	113
.....	160	CELLCEPT INTRAVENOUS	CLARINEX	50
CARETOUCH PEN NEEDLES	160	CELLUGEL	CLARINEX-D 12 HOUR	111
CARETOUCH SAFETY LANCETS	150	CELONTIN	<i>clarithromycin</i>	146
CARETOUCH SAFETY LANCETS		CENTRUM MINIS WOMEN	<i>clarithromycin er</i>	146
26G	150	IMMUNE SUP	CLASSIC PRENATAL	182
CARETOUCH TWIST LANCETS		<i>cephalexin</i>	CLEANLET LANCETS 28G	150
28G	150	CERDELGA	<i>clearlax</i>	141
CARETOUCH TWIST LANCETS		CEREBYX	CLEMASTINE FUMARATE	50
30G	150	CERVIDIL	<i>clemastine fumarate</i>	50

CLENPIQ	141	COAGUCHEK LANCETS	150	CONJUPRI	96
CLEOCIN	60, 214	<i>coal tar</i>	121	<i>constulose</i>	141
CLEOCIN PHOSPHATE	60	COARTEM	61	CONTRAVE	14
CLEOCIN-T	112	COCAINE HCL	187	COPASIL	121
CLEVER CHEK LANCETS	150	CODEINE SULFATE	21	COPIKTRA	80
CLEVER CHOICE COMFORT EZ	150, 160	<i>codeine sulfate</i>	21	CORLANOR	100
CLEVER CHOICE LANCETS 21G	150	CODITUSSIN AC	110	CORTEF	108
CLEVER CHOICE LANCETS 23G	150	CODITUSSIN DAC	111	CORTENEMA	25
CLEVER CHOICE LANCETS 28G	150	<i>colchicine</i>	134	CORTIFOAM	25
CLEVIPREX	96	<i>colchicine-probenecid</i>	134	CORTISPORIN-TC	197
CLICKFINE PEN NEEDLES	160	<i>colesevelam hcl</i>	51	CORVERT	28
CLIMARA	129	COLESTID	51	COSELA	79
CLIMARA PRO	128	<i>colestipol hcl</i>	51	COTELLIC	71
Clindacin.....	112	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	60	CREON	123
<i>clindacin etz</i>	112	COLUMVI	68	CRESEMBA	49
<i>clindacin-p</i>	112	COLY-MYCIN M	60	CROFAB	198
<i>clindamycin hcl</i>	60	COMBIPATCH	128	<i>cromolyn sodium</i>	29, 130, 191
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	60	COMBIVENT RESPIMAT	28	<i>crotan</i>	121
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	113	COMBOGESIC	17	<i>cryselle-28</i>	103
<i>clindamycin phosphate</i>	60, 112, 214	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	72	<i>cupric chloride</i>	170
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	60	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	72	CURAE	106
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL	60	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	72	<i>curity sterile saline</i>	134
<i>clindamycin-tretinoin</i>	113	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	160	CUTEMOL	118
CLINDESSE	214	COMFORT ASSURED LANCETS 28G	150	CUVPOSA	208
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	189	COMFORT ASSURED LANCETS 33G	150	<i>cvx aspirin adult low dose</i>	19
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	189	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	160	<i>cvx aspirin adult low strength</i>	19
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	189	COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES	160	<i>cvx aspirin ec</i>	19
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	189	COMFORT EZ PEN NEEDLES	160	<i>cvx aspirin low dose</i>	19
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	189	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	160, 161	<i>cvx aspirin low strength</i>	19
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10)	189	COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES	161	<i>cvx b complex plus c</i>	177
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14)	189	COMFORT EZ TOUCH INSULIN PEN NEED	161	<i>cvx balanced b50</i>	186
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	189	COMFORT TOUCH LANCETS 31G	150	<i>cvx c-lax laxative</i>	143
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	189	COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G	150	<i>cvx folic acid</i>	137
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	189	COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G	150	<i>cvx gentle laxative</i>	143
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	189	COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G	150	<i>cvx gentle laxative womens</i>	144
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	189	COMIRNATY	211	<i>cvx inner ear plus</i>	186
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	189	COMPLERA	89	CVS LANCETS 21G	151
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	189	COMPLETE NATAL DHA	185	CVS LANCETS MICRO THIN 33G	151
<i>clinisol sf</i>	189	COMPLETENATE	182	CVS LANCETS ORIGINAL	151
CLINOLIPID	189	<i>complex b-100</i>	178	CVS LANCETS THIN 26G	151
<i>clinpro 5000</i>	175	COMPLEX B-100-INOSITOL	186	CVS LANCETS ULTRA THIN 30G	151
<i>clobazam</i>	32	<i>complex b-50 prolonged release</i>	178	CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G	151
<i>clobetasol propionate</i>	116, 117	<i>compro</i>	87	<i>cvx magnesium citrate</i>	143
<i>clobetasol propionate e</i>	116	CO-NATAL FA	182	<i>cvx milk of magnesia</i>	143
<i>clobetasol propionate emulsion</i>	116	CONCEPT DHA	182	<i>cvx natural daily fiber</i>	141
<i>clocortolone pivalate</i>	117	CONCEPT OB	182	<i>cvx nicotine</i>	202, 203
<i>clodan</i>	117	<i>condoms</i>	147	<i>cvx nicotine polacrilex</i>	202
<i>clofarabine</i>	64	CONDYLOX	119	<i>cvx pe head cong + flu sev</i>	110
CLOMID	127			CVS PRENATAL	182
<i>clomipramine hcl</i>	38, 39			<i>cvx purelax</i>	142
<i>clonazepam</i>	32			<i>cvx super b complex/c</i>	177
<i>clonidine</i>	56			CVS ULTRA THIN LANCETS	151
<i>clonidine hcl</i>	56			<i>cyanocobalamin</i>	137
<i>clonidine hcl er</i>	12			CYANOKIT	45
<i>clopidogrel bisulfate</i>	136			<i>cyclobenzaprine hcl</i>	186
<i>clorazepate dipotassium</i>	27			CYCLOMYDRIL	191
<i>clotrimazole</i>	118, 174			<i>cyclopentolate hcl</i>	191
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	114			<i>cyclophosphamide</i>	79
<i>clozapine</i>	86			CYCLOPHOSPHAMIDE	79
C-NATE DHA	182			<i>cycloserine</i>	62
CNJ-016	198			<i>cyclosporine</i>	171, 193
				<i>cyclosporine modified</i>	171

CYGNUS DUAL	121	<i>dentagel</i>	175	DIATHRIVE LANCETS	151
CYKLOKAPRON	138	DEPEN TITRATABS	171	DIATHRIVE PEN NEEDLE	161
<i>cyproheptadine hcl</i>	50	DEPEND FRESH PROTECTION		<i>diazepam</i>	27, 32
CYRAMZA	81	MENS	159	<i>diazepam intensol</i>	27
<i>cyred eq</i>	103	DEPO-ESTRADIOL	129	<i>diazoxide</i>	40
CYSTADANE	126	DEPO-MEDROL	108	DIBENZYLINE	54
CYSTADROPS	196	DEPO-PROVERA	107	<i>diclofenac potassium</i>	17
<i>cytarabine</i>	64	DEPO-SUBQ PROVERA 104	107	<i>diclofenac sodium</i>	17, 114, 115, 194
<i>cytarabine (pf)</i>	64	DEPO-TESTOSTERONE	24	<i>diclofenac sodium er</i>	17
CYTOMEL	206	DERMOTIC	197	<i>diclofenac-misoprostol</i>	17
CYTOTEC	209	DESCOVY	89	<i>dicloxacillin sodium</i>	199
<i>d3 + k2</i>	186	<i>desflurane</i>	133	<i>dicyclomine hcl</i>	207
<i>dacarbazine</i>	75	<i>desipramine hcl</i>	39	<i>diethylpropion hcl</i>	13
<i>dactinomycin</i>	74	<i>desloratadine</i>	50	<i>diethylpropion hcl er</i>	13
<i>daily multiple vitamins</i>	179	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	128	DIFICID	146
<i>daily value multivitamin</i>	179	<i>desmopressin acetate</i>	128	<i>diflorasone diacetate</i>	117
<i>daily vitamins</i>	179	DESMOPRESSIN ACETATE	128	DIFLUCAN	49
<i>daily vite</i>	179	<i>desmopressin acetate pf</i>	128	<i>diflunisal</i>	19
<i>daily vite multivitamin/iron</i>	178	<i>desmopressin acetate spray</i>	128	<i>difluprednate</i>	195
<i>daily vites</i>	179	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	102	DIGIFAB	45
<i>daily-vite</i>	179	<i>desonide</i>	117	<i>digoxin</i>	98
<i>daily-vite multivitamin</i>	179	<i>desoximetasone</i>	117	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	167
DALIRESP	30	DESVENLAFAXINE ER	38	DILANTIN	36
DALVANCE	59	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	38	DILANTIN INFATABS	36
<i>danazol</i>	24	DEXABLISS	108	DILANTIN-125	36
DANTRIUM	187	<i>dexamethasone</i>	109	DILAUDID	21
<i>dantrolene sodium</i>	187	DEXAMETHASONE INTENSOL	109	<i>diltiazem hcl</i>	96
DANYELZA	66	<i>dexamethasone sod phos +rfid</i>	109	DILTIAZEM HCL	96
<i>dapagliflozin pro-metformin er</i>	43	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	109	<i>diltiazem hcl er</i>	96
<i>dapagliflozin propanediol</i>	43	DEXAMETHASONE SOD		<i>diltiazem hcl er beads</i>	96
<i>dapsone</i>	60, 112	PHOSPHATE PF	109	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	96
DAPTACEL	206	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	109, 195	<i>dilt-xr</i>	96
DAPTOMYCIN	58	DEXAMETHASONE SODIUM		DIMENHYDRINATE	47
<i>daptomycin-sodium chloride</i>	58	PHOSPHATE	109	<i>dimethyl fumarate</i>	201
DARAPRIM	61	DEXCOM G6 RECEIVER	151	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	201
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	209	DEXCOM G6 SENSOR	151	DIM-PLUS	173
<i>darunavir</i>	90	DEXCOM G6 TRANSMITTER	151	DIPENTUM	131
DARZALEX	66	DEXCOM G7 RECEIVER	151	<i>diphenhydramine hcl</i>	50
DARZALEX FASPRO	74	DEXCOM G7 SENSOR	151	<i>diphenoxylate-atropine</i>	45
<i>dasatinib</i>	68	DEXMEDETOMIDINE HCL	141	DIPRIVAN	132
<i>dasetta 1/35</i>	103	<i>dexmedetomidine hcl</i>	141	<i>dipyridamole</i>	136
<i>dasetta 7/7/7</i>	108	<i>dexmedetomidine hcl in nacl</i>	141	DISCOVISC	196
DAUNORUBICIN HCL	74	DEXMEDETOMIDINE HCL-		<i>disopyramide phosphate</i>	27
DAURISMO	70	DEXTROSE	141	<i>disulfiram</i>	200
DAVIMET-FLUORIDE	181	<i>dexamethylphenidate hcl</i>	14	DIURIL	125
DAYPRO	17	<i>dexamethylphenidate hcl er</i>	14	<i>divalproex sodium</i>	36
<i>daysee</i>	106	<i>dexrazoxane</i>	76	<i>divalproex sodium er</i>	36
DDAVP	128	<i>dexrazoxane hcl</i>	76	DIVIGEL	129
DDAVP PF	128	DEXTENZA	195	<i>dobutamine hcl</i>	98
<i>deblitane</i>	107	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	12	DOBUTAMINE-DEXTROSE	98
<i>decitabine</i>	64	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	12	DOCETAXEL	78, 79
DEFLUX	134	<i>dextrose</i>	189	DOCIVYX	79
DELESTROGEN	129	DEXTROSE	189	<i>dodex</i>	137
DELSTRIGO	89	DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE		<i>dofetilide</i>	28
<i>delyla</i>	103	#48	167	<i>dolishale</i>	106
DELZICOL	131	<i>dextrose in lactated ringers</i>	167	<i>donepezil hcl</i>	200
<i>demeclocycline hcl</i>	205	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE	168	DOPAMINE HCL	98
DEMEROL	21	<i>dextrose-sodium chloride</i>	168	DOPAMINE-DEXTROSE	98
DEMSER	54	DEXYCU	195	DOPRAM	13
DENA VIR	116	DHIVY	83	<i>dorzolamide hcl</i>	193
DENG VAXIA	212	<i>dialyvit 800</i>	176	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	190
<i>denta 5000 plus</i>	175	DIATHRIVE LANCET ULTRA		<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	190
<i>denta 5000 plus sensitive</i>	175	THIN 30	151	<i>dotti</i>	129

DOVATO	89	EASY COMFORT INSULIN	ELIGARD	78
<i>doxazosin mesylate</i>	56	SYRINGE	<i>elinest</i>	103
<i>doxepin hcl</i>	39, 115, 140	<i>easy comfort insulin syringe</i>	ELIQUIS	31
<i>doxercalciferol</i>	126	EASY COMFORT LANCETS	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
DOXIL	74	EASY COMFORT LANCETS	PACK	31
<i>doxorubicin hcl</i>	74	TWIST TOP	ELITEK	76
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	74	EASY COMFORT PEN NEEDLES	<i>elite-ob</i>	182
<i>doxy 100</i>	205	EASY GLIDE PEN NEEDLES	ELIXOPHYLLIN	30
<i>doxycycline hyclate</i>	205	EASY TOUCH FLIPLOCK	ELLA	106
<i>doxycycline monohydrate</i>	205	INSULIN SY	ELLENCÉ	74
<i>doxylamine-pyridoxine</i>	47	EASY TOUCH INSULIN SAFETY	ELMIRON	134
DRISDOL	216	SYR	ELREXFIO	68
<i>dronabinol</i>	47	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	<i>eluryng</i>	105
<i>droperidol</i>	26	.....	ELZONRIS	75
DROPLET INSULIN SYRINGE	161	EASY TOUCH LANCETS 21G	EMBRACE LANCETS ULTRA	
DROPLET LANCETS ULTRA		EASY TOUCH LANCETS 23G	THIN 30G	152
THIN 30G	151	EASY TOUCH LANCETS 26G	EMBRACE PEN NEEDLES	161
DROPLET MICRON	161	EASY TOUCH LANCETS 28G	EMBRACE PRESSURE	
DROPLET PEN NEEDLES	161	EASY TOUCH LANCETS	ACTIVATED 21G	152
DROPLET PERSONAL LANCETS		28G/TWIST	EMBRACE PRESSURE	
30G	151	EASY TOUCH LANCETS 30G	ACTIVATED 28G	152
DROPSAFE SAFETY PEN		EASY TOUCH LANCETS	EMEND	48
NEEDLES	161	30G/TWIST	EMERPHED	215
DROPSAFE SAFETY		EASY TOUCH LANCETS 32G	EMGALITY	166
SYRINGE/NEEDLE	161	EASY TOUCH LANCETS	EMGALITY (300 MG DOSE)	166
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	103	32G/TWIST	EMPLICITI	67
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	103	EASY TOUCH LANCETS	EMSAM	37
DROXIA	137	33G/TWIST	<i>emtricitabine</i>	91
<i>droxidopa</i>	215	EASY TOUCH PEN NEEDLES	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	89
DRUG MART LANCETS THIN		EASY TOUCH SAFETY LANCETS	EMTRIVA	91
26G	151	21G	EMVERM	25
DRUG MART ON-THE-GO		EASY TOUCH SAFETY LANCETS	<i>Emzahn</i>	107
LANCET 30G	151	23G	<i>enalapril maleate</i>	54
DRUG MART UNIFINE PENTIPS	161	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	<i>enalaprilat</i>	54
DRUG MART UNIFINE PENTIPS		26G	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	53
PLUS	161	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	ENBRACE HR	182
DRUG MART UNILET LANCETS		28G	ENCARE	214
28G	151	EASY TOUCH SAFETY PEN	ENDO AVITENE	138
DRUG MART UNILET LANCETS		NEEDLES	<i>endocet</i>	23
30G	151	EASY TOUCH SHEATHLOCK	ENDOMETRIN	214
DRUG MART UNILET LANCETS		SYRINGE	<i>endur-b</i>	178
33G	151	<i>easygel</i>	ENFAMIL EXPECTA	185
DSUVIA	21	<i>ec-naproxen</i>	ENGERIX-B	212
DUAVEE	129	<i>econazole nitrate</i>	ENHERTU	74
DUETACT	44	<i>econtra one-step</i>	<i>Enilloring</i>	105
<i>dulcolax</i>	143	<i>ecotrin low strength</i>	ENLITE GLUCOSE SENSOR	152
<i>dulcolax milk of magnesia</i>	143	ECOZA	<i>enoxaparin sodium</i>	32
<i>duloxetine hcl</i>	38	EDARBI	<i>enpresse-28</i>	108
DUOBRII	122	EDARBYCLOR	<i>enskyce</i>	103
DUOPA	83	EDECRIIN	ENSTILAR	122
DUOVISC	196	<i>edetate calcium disodium</i>	<i>entacapone</i>	84
<i>duramorph</i>	21	EDEX	ENTRESTO	99
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN	147	EDLUAR	<i>enulose</i>	132
DUREX REALFEEL	147	EDURANT	ENVARUS XR	173
DUREX TROPICAL	147	<i>efavirenz</i>	EPANED	54
DUREZOL	195	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	EPHEDRINE SULFATE	
<i>dutasteride</i>	133	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	(PRESSORS)	215
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	134	EFUDEX	EPICORD	121
<i>dyclopro</i>	119	ELAHERE	EPIFIX	121
DYMISTA	187	ELCYS	EPIFIX MICRONIZED	122
<i>e.e.s. 400</i>	146	ELEPSIA XR	EPIFOAM	121
<i>ear health formula</i>	186	ELESTRIN	<i>epinastine hcl</i>	191
<i>ear health plus</i>	186	<i>eletriptan hydrobromide</i>	<i>epinephrine</i>	215

EPINEPHRINE	215	ERIVEDGE	70	<i>ex-lax ultra</i>	144
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	215	ERLEADA	63	EXTENCILLINE	198
EPINEPHRINE PF	215	<i>erlotinib hcl</i>	69	EYES ALIVE	190
EPINEPHRINESNAP	215	<i>errin</i>	107	E-Z JECT LANCET MICRO-THIN	
<i>epitol</i>	33	ERTACZO	118	33G	152
EPIVIR	91, 92	<i>ertapenem sodium</i>	58	E-Z JECT LANCET SUPER THIN	
EPKINLY	68	ERVEBO	212	30G	152
<i>eplerenone</i>	57	<i>ery</i>	112	E-Z JECT LANCETS	152
<i>eptifibatide</i>	135	ERYGEL	112	E-Z JECT LANCETS 21G	152
<i>eq allergy relief</i>	49	<i>ery-tab</i>	146	E-Z JECT LANCETS THIN 26G	152
<i>eq allergy relief childrens</i>	50	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	146	<i>ezetimibe</i>	52
<i>eq allergy relief d 12 hour</i>	111	<i>erythromycin</i>	112, 146, 192	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	52
EQ ALLERGY RELIEF NASAL		<i>erythromycin base</i>	146	EZ-LETS LANCETS 21G	152
DECONG	111	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	146	EZ-LETS LANCETS 26G	152
<i>eq aspirin adult low dose</i>	19	<i>erythromycin lactobionate</i>	146	EZ-LETS LANCETS 28G	152
<i>eq aspirin low dose</i>	19	<i>escitalopram oxalate</i>	37	EZ-LETS LANCETS 30G	152
<i>eq chocolate laxative</i>	144	ESKATA	121	<i>fa-8</i>	137
<i>eq clearlax</i>	142	<i>esmolol hcl</i>	94	<i>falmina</i>	103
<i>eq docosanol</i>	116	ESMOLOL HCL	94	<i>famciclovir</i>	93
<i>eq famotidine</i>	208	<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>	94	<i>famotidine</i>	208
<i>eq gentle laxative</i>	144	<i>esomeprazole magnesium</i>	208	<i>famotidine (pf)</i>	208
<i>eq hair regrowth for women</i>	123	<i>esomeprazole sodium</i>	208	<i>famotidine premixed</i>	208
<i>eq hemorrhoid relief</i>	25	<i>estarylla</i>	103	FANAPT	85
<i>eq hot or cold large compress</i>	159	<i>estazolam</i>	140	FANAPT TITRATION PACK	85
<i>eq laxative</i>	142	<i>estradiol</i>	129, 214	FANTASY LUBRICATED	147
<i>eq magnesium citrate</i>	143	<i>estradiol valerate</i>	129	FANTASY	
<i>eq miconazole 3-day combo</i>	213	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	128	LUBRICATED/SPERMICIDE	147
<i>eq miconazole 7</i>	213	ESTRING	214	FARESTON	63
<i>eq mucus relief d</i>	111	ESTROFACTORS	180	FARXIGA	43
<i>eq mucus relief dm max str</i>	110	ESTROGEL	129	FASLODEX	77
<i>eq mucus-d</i>	111	<i>eszopiclone</i>	140	FC2 FEMALE CONDOM	147
<i>eq nicotine</i>	203	<i>ethacrynate sodium</i>	124	<i>febuxostat</i>	135
<i>eq nicotine polacrilex</i>	203	<i>ethacrynic acid</i>	124	<i>felbamate</i>	35
<i>eq nicotine step 3</i>	203	<i>ethambutol hcl</i>	62	<i>felodipine er</i>	96
<i>eq sinus & cold-d</i>	111	ETHAMOLIN	174	FEMARA	76
<i>eq sinus & congestion max str</i>	188	<i>ethosuximide</i>	36	FEMCAP	146
<i>eq sleep-aid</i>	139	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	103	FEMLYV	103
<i>eq stomach relief</i>	44	<i>etodolac</i>	17	FEMRING	214
<i>eq stool softener</i>	144	<i>etodolac er</i>	17	<i>fenofibrate</i>	51
<i>eq stool softener extra str</i>	144	<i>etomidate</i>	132	<i>fenofibrate micronized</i>	51
<i>eq urinary pain relief max st</i>	134	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	105	<i>fenofibric acid</i>	51
<i>eql aspirin low dose</i>	19	ETOPOPHOS	79	FENOGLIDE	52
<i>eql b complex 50</i>	178	<i>etoposide</i>	79	FENSOLVI (6 MONTH)	127
<i>eql b-100 complex</i>	178	<i>etravirine</i>	91	<i>fentanyl</i>	21
<i>eql clearlax</i>	142	EUCRISA	120	<i>fentanyl citrate</i>	21
EQL COLOR LANCETS 21G	152	EULEXIN	63	FENTANYL CITRATE (PF)	21
EQL COLOR LANCETS MICRO		<i>euthyrox</i>	206	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	21
33G	152	EVAMIST	129	<i>fentanyl citrate pf</i>	21
<i>eql gentle laxative</i>	144	<i>everolimus</i>	71, 173	FENTANYL CITRATE PF	21
EQL INSULIN SYRINGE	161	EVERSENSE E3		<i>fesoterodine fumarate er</i>	209
<i>eql laxative</i>	144	SENSOR/HOLDER	152	FETROJA	102
<i>eql magnesium citrate</i>	143	EVERSENSE E3 SMART		FETZIMA	38
EQL PRENATAL FORMULA	182	TRANSMITTER	152	FETZIMA TITRATION	38
<i>eql super b complex/vitamin c</i>	177	EVERSENSE SENSOR/HOLDER	152	FIBRICOR	52
EQL SUPER THIN LANCETS 30G	152	EVERSENSE SMART		FIFTY50 PEN NEEDLES	161
EQL THIN LANCETS 26G	152	TRANSMITTER	152	FIFTY50 SAFETY SEAL	
EUETRO	84	EVISTA	127	LANCETS	152
ERAXIS	48	EVOMELA	79	FIFTY50 SUPERIOR COMFORT	
ERBITUX	69	EVOTAZ	89	SYR	162
<i>ergocalciferol</i>	216	EVOXAC	176	FIFTY50 UNILET LANCETS 33G	152
<i>ergoloid mesylates</i>	202	EXELDERM	119	FINACEA	120
<i>ergotamine-caffeine</i>	166	EXELON	200	<i>finasteride</i>	122, 133
<i>eribulin mesylate</i>	79	<i>exemestane</i>	76	FINGERSTIX LANCETS	152

Finzala.....	103	<i>fluticasone-salmeterol</i>	28	<i>ft laxative</i>	144
FIRMAGON	77	<i>fluvastatin sodium</i>	52	<i>ft magnesium citrate</i>	143
FIRMAGON (240 MG DOSE)	77	<i>fluvoxamine maleate</i>	37	<i>ft magnesium oxide</i>	169
FIRVANQ	59	<i>fluvoxamine maleate er</i>	37	<i>ft melatonin extra strength</i>	16
<i>flac</i>	197	FLUZONE	212	<i>ft miconazole 3 comb pack-supp</i>	213
FLAGYL	57	FLUZONE HIGH-DOSE	212	<i>ft miconazole 3 combo pack</i>	213
FLANAX	17	FML FORTE	195	<i>ft milk of magnesia</i>	143
FLAREX	195	FML LIQUIFILM	195	<i>ft nicotine</i>	203
FLAVOVIT EAR HEALTH	186	<i>focinvez</i>	48	<i>ft nicotine mini</i>	203
<i>flavoxate hcl</i>	210	<i>folate</i>	137	<i>ft petroleum jelly</i>	199
<i>flecainide acetate</i>	27	FOLGARD OS	179	FULL SPECTRUM B/VITAMIN C	177
FLEET SALINE ENEMA	142	<i>folic acid</i>	137	<i>fulvestrant</i>	77
FLEXBUMIN	136	FOLIVANE-OB	182	FUNGIMEZ	114
FLORAFOL PEDIATRIC	181	FOLOTYN	64	<i>furosemide</i>	124
FLORIVA	169, 182	<i>foltabs 800</i>	137	FUZEON	90
FLORIVA PLUS	181	<i>fomepizole</i>	45	FYARRO	71
<i>floxuridine</i>	64	<i>fondaparinux sodium</i>	32	<i>fyavolv</i>	128
FLUAD	212	FORA LANCETS	152	FYCOMPA	32
FLUARIX	212	FORANE	133	<i>g tussin ac</i>	111
FLUBLOK	212	<i>formaldehyde</i>	88	<i>gabapentin</i>	33
FLUCELVAX	212	<i>formoterol fumarate</i>	29	<i>gabapentin (once-daily)</i>	202
<i>fluconazole</i>	49	FORTIFY OPTIMA WOMENS		<i>galantamine hydrobromide</i>	201
FLUCONAZOLE IN SODIUM		ADV CARE	44	<i>galantamine hydrobromide er</i>	201
CHLORIDE	49	FOSAMAX	125	Gallifrey.....	199
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	49	FOSAMAX PLUS D	125	GALZIN	171
<i>flucytosine</i>	48	<i>fosamprenavir calcium</i>	91	GAMIFANT	173
<i>fludarabine phosphate</i>	64	<i>fosaprepitant dimeglumine</i>	48	GARDASIL 9	212
<i>fludrocortisone acetate</i>	110	<i>foscarnet sodium</i>	92	GASTROCROM	130
FLULAVAL	212	FOSCAVIR	92	<i>gatifloxacin</i>	192
<i>flumazenil</i>	46	<i>fosfomycin tromethamine</i>	60	GATTEX	131
FLUMIST	212	<i>fosinopril sodium</i>	54	<i>gavilax</i>	142
<i>flunisolide</i>	188	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	53	GAVILYTE-C	141
<i>fluocinolone acetonide</i>	117, 197	<i>fosphenytoin sodium</i>	36	<i>gavilyte-g</i>	141
<i>fluocinolone acetonide body</i>	117	FOSRENOL	132	Gavilyte-N With Flavor Pack.....	141
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	117	FOTIVDA	72	GAVRETO	73
<i>fluocinonide</i>	117	FRAGMIN	32	GAZYVA	65
<i>fluocinonide emulsified base</i>	117	<i>fraiche 5000 dental</i>	175	<i>gefitinib</i>	69
<i>fluorescein</i>	193	FREESTYLE LANCETS	152	GELCLAIR	176
FLUORESCIN		FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GELFILM	138
SODIUM/BENOXINATE	193	READER	152	GEL-FLOW NT	138
<i>fluorescein-benoxinate</i>	193	FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GELFOAM	138
FLUORESCITE	193	SENSOR	152	GELFOAM COMPRESSED SIZE	
<i>fluoridex</i>	175	FREESTYLE LIBRE 2 READER	152	100	138
<i>fluoridex daily renewal</i>	175	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	152	GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4	
<i>fluoridex enhanced whitening</i>	175	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS		.....	138
FLUORIDEX SENSITIVITY		SENSOR	152	GELFOAM SPONGE	138
RELIEF	175	FREESTYLE LIBRE 3 READER	152	GELFOAM SPONGE SIZE 100	138
<i>fluorometholone</i>	195	FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	152	GELFOAM SPONGE SIZE 200	138
<i>fluorouracil</i>	64, 115	FREESTYLE LIBRE READER	152	GELFOAM SPONGE SIZE 50	139
<i>fluoxetine hcl</i>	37	FREESTYLE UNISTICK II		GEMCITABINE HCL	64
FLUOXETINE HCL	37	LANCETS	152	<i>gemcitabine hcl</i>	64
<i>fluoxetine hcl (pmdd)</i>	202	<i>fresenius propoven</i>	132	<i>gemfibrozil</i>	52
<i>fluphenazine decanoate</i>	87	FRESKARO MAGNESIUM		<i>gemmily</i>	103
<i>fluphenazine hcl</i>	87	CITRATE	143	<i>generlac</i>	132
<i>flurandrenolide</i>	117	<i>frovatriptan succinate</i>	167	<i>gengraf</i>	171
FLURA-SAFE	193	FRUZAQLA	82	<i>gentamicin in saline</i>	16
<i>flurazepam hcl</i>	140	<i>ft acid reducer</i>	208	<i>gentamicin sulfate</i>	16, 114, 192
<i>flurbiprofen</i>	17	<i>ft aspirin</i>	19	GENTEEL BUTTERFLY TOUCH	
<i>flurbiprofen sodium</i>	194	<i>ft aspirin low dose</i>	19	LANCET	153
<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>	28	<i>ft b-100 complex pr</i>	178	<i>gentle laxative</i>	143, 144
<i>fluticasone propionate</i>	117, 188	<i>ft clearlax</i>	142	<i>gentlelax</i>	142
<i>fluticasone propionate diskus</i>	30	<i>ft folic acid</i>	137	GENVOYA	89
<i>fluticasone propionate hfa</i>	30	<i>ft ibuprofen pm</i>	139	GEODON	84

GIAPREZA	215	GNP INSULIN SYRINGES		GUARDIAN LINK 3	
GILOTRIF	69	30GX5/16"	162	TRANSMITTER	153
GIMOTI	130	GNP INSULIN SYRINGES		GUARDIAN REAL-TIME	
GLEOSTINE	80	31GX5/16"	162	REPLACE PED	153
GLIADEL WAFER	80	GNP LANCETS 21G	153	GUARDIAN SENSOR (3)	153
<i>glimepiride</i>	43	GNP LANCETS THIN 26G	153	GUARDIAN SENSOR 3	153
<i>glipizide</i>	44	<i>gnp magnesium citrate</i>	143	GVOKE HYOPEN 1-PACK	40
<i>glipizide er</i>	44	<i>gnp milk of magnesia</i>	143	GVOKE HYOPEN 2-PACK	40
<i>glipizide xl</i>	44	<i>gnp nicotine</i>	203	GVOKE KIT	40
<i>glipizide-metformin hcl</i>	43	<i>gnp nicotine mini</i>	203	GVOKE PFS	40
GLOBAL EASE INJECT PEN		<i>gnp nicotine polacrilex</i>	203	GYNAZOLE-1	213
NEEDLES	162	GNP PRENATAL	182	<i>habitrol</i>	203
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN		GNP STERILE LANCETS 28G	153	HAEMOLANCE	153
SYR	162	GNP STERILE LANCETS 30G	153	HAEMOLANCE LOW FLOW	
GLOBAL EASY GLIDE PEN		GNP STERILE LANCETS 33G	153	LANCETS	153
NEEDLES	162	GNP ULTICARE PEN NEEDLES	162	HAEMOLANCE PLUS	153
GLOBAL INJECT EASE INSULIN		GNP ULTIGUARD SAFEPAK		HAEMOLANCE PLUS HIGH	
SYR	162	NEEDLE	162	FLOW	153
GLOBAL INJECT EASE		GNP ULTRA COM INSULIN		HAEMOLANCE PLUS LOW	
LANCETS 28G	153	SYRINGE	162	FLOW	153
GLOBAL INJECT EASE		<i>gnp womens gentle laxative</i>	144	HAEMOLANCE PLUS MAX	
LANCETS 30G	153	GOCOVRI	83	FLOW	153
GLOBAL INSULIN SYRINGES	162	<i>gohibic</i>	135	HAEMOLANCE PLUS	
GLOPERBA	135	GOJJI STERILE LANCETS	153	PEDIATRIC FLOW	153
GLUCAGON EMERGENCY	40	<i>goldenseal root</i>	16	<i>hailey 1.5/30</i>	103
GLUCOCOM LANCETS 28G	153	GOLYTELY	141	<i>hailey 24 fe</i>	103
GLUCOCOM LANCETS 30G	153	<i>goodsense aspirin</i>	20	<i>hailey fe 1.5/30</i>	103
GLUCOCOM LANCETS 33G	153	<i>goodsense aspirin low dose</i>	20	<i>hailey fe 1/20</i>	103
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE	162	<i>goodsense bisacodyl ec</i>	144	HALAVEN	79
<i>glyburide</i>	44	<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	144	<i>halcinonide</i>	117
<i>glyburide micronized</i>	44	<i>goodsense clearlax</i>	142	HALCION	140
<i>glyburide-metformin</i>	43	GOODSENSE CLICKFINE PEN		HALDOL DECANOATE	85
GLYCATE	208	NEEDLE	162	<i>halobetasol propionate</i>	117
<i>glycine</i>	134	GOODSENSE COLOR LANCETS		<i>Haloette</i>	106
<i>glycine urologic</i>	134	33G	153	<i>haloperidol</i>	86
<i>glycolax</i>	142	<i>goodsense dual action complete</i>	207	<i>haloperidol decanoate</i>	85, 86
GLYCOPHOS	169	GOODSENSE LANCETS 26G		<i>haloperidol lactate</i>	86
<i>glycopyrrolate</i>	208, 209	UNIV	153	<i>hav ez penetrating pain relief</i>	113
GLYCOPYRROLATE	209	GOODSENSE LANCETS 30G	153	HAVRIX	212
GLYCOPYRROLATE PF	209	GOODSENSE LANCETS 30G		HEALTHWISE INSULIN	
<i>glycopyrrolate pf</i>	209	UNIV	153	SYR/NEEDLE	162
<i>glydo</i>	119	GOODSENSE LANCETS 33G	153	HEALTHWISE MICRON PEN	
GLYRX-PF	209	GOODSENSE LANCETS 33G		NEEDLES	162
GLYXAMBI	43	UNIV	153	HEALTHWISE SHORT PEN	
<i>gnp adult aspirin low strength</i>	19	<i>goodsense magnesium citrate</i>	143	NEEDLES	162
<i>gnp aspirin</i>	19	<i>goodsense milk of magnesia</i>	143	<i>healthy hair/skin/nails</i>	180
<i>gnp aspirin low dose</i>	19	<i>goodsense nicotine</i>	203	<i>healthylax</i>	142
<i>gnp b-100 complex</i>	178	GOODSENSE PEN NEEDLE		<i>heather</i>	107
<i>gnp b-50 complex</i>	178	PENFINE	162	<i>h-e-b aspirin</i>	20
<i>gnp b-complex plus vitamin c</i>	176	GOPRELTO	187	H-E-B INCONTROL LANCETS	
<i>gnp century adult</i>	179	GRALISE	202	28G	153
<i>gnp clearlax</i>	142	<i>granisetron hcl</i>	46	H-E-B INCONTROL LANCETS	
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES	162	<i>grape seed</i>	16	30G	153
<i>gnp cranberry plus prob w/vitc</i>	16	GRASTEK	15	H-E-B INCONTROL LANCETS	
<i>gnp essential one daily</i>	180	<i>griseofulvin microsize</i>	48	33G	153
<i>gnp folic acid</i>	137	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	48	H-E-B INCONTROL PEN	
<i>gnp gentle laxative</i>	144	<i>guaifenesin-codeine</i>	111	NEEDLES	162
GNP INSULIN SYRINGE	162	<i>guanfacine hcl</i>	56	H-E-B INCONTROL UNIFINE	
GNP INSULIN SYRINGES	162	<i>guanfacine hcl er</i>	12	PENTIP	162
GNP INSULIN SYRINGES		GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	153	HECTOROL	126
28GX1/2"	162	GUARDIAN 4 TRANSMITTER	153	HELIDAC THERAPY	209
GNP INSULIN SYRINGES		GUARDIAN CONNECT		HEMABATE	197
29GX1/2"	162	TRANSMITTER	153	HEMADY	109

HEMANGEOL	95	HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE		IBRANCE	76
<i>heparin (porcine) in nacl</i>	31	5	148	<i>ibu</i>	17
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL	31	HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE		<i>ibuprofen</i>	17
<i>heparin na (pork) lock flsh pf</i>	31	6	148	<i>ibuprofen lysine</i>	17
HEPARIN SOD (PORCINE) IN		HUGGIES+ LITTLE SNUGGLER		<i>ibutilide fumarate</i>	28
D5W	31	NEWBN	148	<i>iclevia</i>	106
<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	31	HUGGIES+ LITTLE SNUGGLER		<i>icosapent ethyl</i>	51
<i>heparin sod (pork) lock flush</i>	31	SZ 1	148	IDAMYCIN PFS	74
<i>heparin sodium (porcine)</i>	31	HUGGIES+ LITTLE SNUGGLER		<i>idarubicin hcl</i>	74
HEPARIN SODIUM (PORCINE)	31	SZ 2	148	IDHIFA	77, 78
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	31	HUMALOG	40, 41	IFE-BIMIX 30/1	99
HEPARIN SODIUM (PORCINE)		HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	41	IFEX	79
PF	31	HUMALOG KWIKPEN	41	<i>ifosfamide</i>	79
HEPLISAV-B	212	HUMALOG MIX 50/50	41	IFOSFAMIDE	80
HEPZATO W/50MM CATHETER ...	79	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN ..	41	IGALMI	141
HEPZATO W/62MM CATHETER ...	79	HUMALOG MIX 75/25	41	IHEEZO	193
HER STYLE	106	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN ..	41	ILEVRO	194
HERCEPTIN	66	HUMATIN	16	ILIDERM	120
HERCEPTIN HYLECTA	74	HUMULIN 70/30	41	<i>imatinib mesylate</i>	68
HERZUMA	66	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	41	IMBRUVICA	69
<i>hetastarch-nacl</i>	135	HUMULIN N	41	IMDELLTRA	68
HEXATRIONE	109	HUMULIN N KWIKPEN	41	IMFINZI	67
HEXTEND	135	HUMULIN R	41	<i>imipenem-cilastatin</i>	58
HIBERIX	210	HUMULIN R U-500		<i>imipramine hcl</i>	39
<i>hidex 6-day</i>	109	(CONCENTRATED)	41	<i>imipramine pamoate</i>	39
HIGH POTENCY		HUMULIN R U-500 KWIKPEN	41	<i>imiquimod</i>	119
MULTIVITAMIN	180	HYCANTIN	81	<i>imiquimod pump</i>	119
HIPREX	60	HYCODAN	110	IMJUDO	66
<i>hm clearlax</i>	142	<i>hydralazine hcl</i>	57	IMMPHENTIV	215
<i>hm milk of magnesia</i>	143	<i>hydrating electrolyte</i>	168	IMOVAX RABIES	212
<i>hm nicotine polacrilex</i>	203	HYDREA	75	IMPAVIDO	57
HM ULTICARE INSULIN		<i>hydrochlorothiazide</i>	125	IMURAN	174
SYRINGE	162	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	112	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	
HM ULTICARE MINI PEN		<i>hydrocodone bitartrate er</i>	21	.....	214
NEEDLES	162	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	110	IMVEXXY STARTER PACK	214
HM ULTICARE SHORT PEN		<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	21	IN TOUCH STERILE LANCETS	
NEEDLES	162	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	21	30G	154
HUGGIES LITTLE MOVERS SIZE		<i>hydrocortisone</i>	25, 109, 118	<i>inatal gt</i>	182
7	148	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	25	<i>incassia</i>	107
HUGGIES LITTLE SNUGGLER		<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	25	INCONTROL ULTICARE PEN	
NEWBRN	148	<i>hydrocortisone butyrate</i>	117, 118	NEEDLES	162
HUGGIES LITTLE SNUGGLERS		<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	109	<i>indapamide</i>	125
SZ 3	148	<i>hydrocortisone valerate</i>	118	INDERAL XL	95
HUGGIES LITTLE SNUGGLERS		<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	197	<i>indomethacin</i>	18
SZ 4	148	<i>hydromet</i>	110	<i>indomethacin er</i>	17
HUGGIES LITTLE SNUGGLERS		<i>hydromorphone hcl</i>	21	<i>indomethacin sodium</i>	18
SZ 5	148	<i>hydromorphone hcl er</i>	21	INFANRIX	206
HUGGIES OVERNITES SIZE 3	148	HYDROMORPHONE HCL PF	21	INFUMORPH 200	21
HUGGIES OVERNITES SIZE 4	148	<i>hydromorphone hcl pf</i>	21	INFUMORPH 500	21
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 1	148	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	137	INFUVITE ADULT	180
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 2	148	HYDROXYCHLOROQUINE		INFUVITE PEDIATRIC	182
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 3	148	SULFATE	61	INLYTA	82
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 5	148	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	61	INNOPRAN XL	95
HUGGIES SPEC DELIVERY		<i>hydroxyurea</i>	76	INQOVI	75
NEWBORN	148	<i>hydroxyzine hcl</i>	26	INREBIC	78
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE		<i>hydroxyzine pamoate</i>	26	INSPRA	57
1	148	HYFTOR	120	INSTAT	139
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE		HYLENEX	172	INSULIN LISPRO	41
2	148	HYPERSAL	111	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	41
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE		HYPERTET	198	INSULIN LISPRO JUNIOR	
3	148	HY-VEE LANCETS	153	KWIKPEN	41
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE		HY-VEE THIN LANCETS	154	INSULIN LISPRO PROT &	
4	148	<i>ibandronate sodium</i>	125	LISPRO	41

INSULIN SYRINGE	162	JENLIVA		KIMMTRAK	68
<i>insulin syringe-needle u-100</i>	162	PRENATAL/POSTNATAL	182	<i>kimono</i>	147
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	162	JEUVEAU	118	KIMONO COLORS	147
INSUPEN PEN NEEDLES	162	JEVTANA	79	KIMONO MAXX-LARGE FLARE	147
INTELENCE	91	<i>jinteli</i>	128	<i>kimono micro thin</i>	147
INTERCEED	139	<i>jolessa</i>	106	<i>kimono micro thin plus</i>	147
INTERCEED (TC7)	139	Joyeaux.....	103	<i>kimono plus</i>	147
INTRALIPID	189	JUBLIA	119	<i>kimono ps</i>	147
INTRAROSA	214	<i>juleber</i>	103	<i>kimono ps plus</i>	147
<i>introvale</i>	106	JULUCA	89	<i>kimono sensation</i>	147
INVEGA HAFYERA	85	<i>junel 1.5/30</i>	103	<i>kimono sensation plus</i>	147
INVEGA SUSTENNA	85	<i>junel 1/20</i>	103	KIMONO SPECIAL	147
INVEGA TRINZA	85	<i>junel fe 1.5/30</i>	103	KIMYRSA	59
INVELTYS	195	<i>junel fe 1/20</i>	103	KINNEY LANCETS	154
IONOSOL-MB IN D5W	168	<i>junel fe 24</i>	103	KINNEY THIN LANCETS	154
IOPIDINE	194	JUXTAPID	52	KINRAY INSULIN SYRINGE	162
IPOL	212	JYLAMVO	64	KINRIX	206
<i>ipratropium bromide</i>	29, 188	JYNNEOS	212	KISQALI (200 MG DOSE)	76
<i>ipratropium-albuterol</i>	28	KABIVEN	190	KISQALI (400 MG DOSE)	76
<i>irbesartan</i>	55	KADCYLA	74	KISQALI (600 MG DOSE)	76
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>kaitlib fe</i>	103	KLARON	112
IRESSA	69	KALETRA	89	<i>Klayesta</i>	114
<i>irinotecan hcl</i>	81	<i>kalliga</i>	103	KLISYRI	120
ISENTRESS	90	KAMELEON LUBRICATED	147	<i>klor-con</i>	169, 170
ISENTRESS HD	90	KANJINTI	66	<i>klor-con 10</i>	169
<i>isibloom</i>	103	KANUMA	127	<i>klor-con m10</i>	169
<i>isoflurane</i>	133	KAPSPARGO SPRINKLE	94	<i>klor-con m15</i>	169
ISOLYTE-P IN D5W	168	KARBINAL ER	50	<i>klor-con m20</i>	169
ISOLYTE-S	168	KARDIAMEMBRANE	122	KLOXXADO	46
ISOLYTE-S PH 7.4	168	<i>kariva</i>	102	<i>kls aspirin low dose</i>	20
<i>isoniazid</i>	62	KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT 1.2	123	<i>kls laxaclear</i>	142
<i>isoproterenol hcl</i>	29	KATE FARMS RENAL SUPPORT 1.8	123	<i>kls quit2</i>	203
ISORDIL TITRADOSE	26	KATERZIA	96	<i>kls quit4</i>	203
<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	99	KCENTRA	135	KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G	162
<i>isosorbide dinitrate</i>	26	KCL (0.149%) IN NACL	168	KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	163
<i>isosorbide mononitrate</i>	26	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	168	<i>kobee</i>	177
<i>isosorbide mononitrate er</i>	26	KCL (0.298%) IN NACL	168	KORSUVA	174
<i>isotretinoin</i>	113	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	168	KOSELUGO	71
<i>isradipine</i>	96	KCL IN DEXTROSE-NACL	168	KOSHER PRENATAL PLUS IRON	182
ISTODAX	70	KCL-LACTATED RINGERS-D5W	168	<i>Kourzeq</i>	176
<i>itraconazole</i>	49	KEDBUMIN	136	<i>kp aspirin</i>	20
<i>ivabradine hcl</i>	100	<i>kelnor 1/35</i>	103	<i>kp b complex-c</i>	177
<i>ivermectin</i>	25, 120	<i>kelnor 1/50</i>	103	<i>kp bisacodyl</i>	144
IWILFIN	80	KENALOG-10	109	<i>kp folic acid</i>	137
IXCHIQ	212	KENALOG-40	109	KP PRENATAL MULTIVITAMINS	182
IXEMPRA KIT	79	KENALOG-80	109	K-PHOS	169
IXIARO	212	KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS	123	K-PHOS NO 2	134
IYUZEH	196	KENGREAL	135	K-PHOS-NEUTRAL	169
<i>jaimiess</i>	106	KEPIVANCE	76	KPN PRENATAL	182
JAKAFI	78	KERENDIA	127	KRAZATI	71
<i>jantoven</i>	31	KETALAR	132	KRINTAFEL	61
JANUMET	40	<i>ketamine hcl</i>	132	KRISTALOSE	142
JANUMET XR	40	<i>ketamine hcl-sodium chloride</i>	132	KROGER HEALTHPRO LANCET 26G	154
JANUVIA	40	<i>ketoconazole</i>	48, 119	KROGER INSULIN SYRINGE	163
JARDIANCE	43	<i>ketodan</i>	119	KROGER LANCETS	154
<i>jasmiel</i>	103	<i>ketoprofen er</i>	18	KROGER LANCETS 21G	154
JATENZO	24	<i>ketorolac tromethamine</i>	18, 194	KROGER LANCETS MICRO THIN 33G	154
JAYPIRCA	69	KETOROLAC TROMETHAMINE	18		
JELMYTO	74	KEYTRUDA	67		
JEMPERLI	67	KHAPZORY	77		
<i>jencycla</i>	107				

KROGER LANCETS SUPER THIN	154	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ... 82	<i>linezolid in sodium chloride</i> 60
KROGER LANCETS THIN	154	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ... 82	LINZESS 131
KROGER LANCETS THIN 26G	154	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ... 82	<i>liothyronine sodium</i> 206
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G	154	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ... 82	<i>lipase concentrate-hp</i> 123
KROGER PEN NEEDLES	163	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 82	<i>lipo flavonoid plus</i> 186
K-TAB	170	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 82	LIPOFEN 52
<i>kurvelo</i>	103	<i>lessina</i>	<i>lipoflavovit</i>
KYPROLIS	73	<i>letrozole</i>	186
<i>labetalol hcl</i>	94	<i>leucovorin calcium</i>	186
<i>lacosamide</i>	33	LEUKERAN	186
<i>lactated ringers</i>	168, 173	<i>leuprolide acetate</i>	186
LACTULOSE	142	<i>leuprolide acetate (3 month)</i>	186
<i>lactulose</i>	142	<i>levalbuterol hcl</i>	42
<i>lactulose encephalopathy</i>	132	<i>levalbuterol tartrate</i>	12
LAGEVRIO	93	<i>levamlodipine maleate</i>	54
<i>lamivudine</i>	92	<i>levetiracetam</i>	53
<i>lamivudine-zidovudine</i>	89	<i>levetiracetam er</i>	154
<i>lamotrigine</i>	34	LEVETIRACETAM IN NACL	163
<i>lamotrigine er</i>	33	<i>levobunolol hcl</i>	154
<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	34	<i>levocarnitine</i>	154
<i>lamotrigine starter kit-green</i>	34	<i>levocarnitine sf</i>	154
<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	34	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	113
LAMPIT	58	<i>levofloxacin</i>	84
LANCETS	154	<i>levofloxacin in d5w</i>	84
LANCETS 30G	154	<i>levoleucovorin calcium</i>	84
LANCETS 33G	154	<i>levoleucovorin calcium pf</i>	134
LANCETS MICRO THIN 33G	154	<i>levonest</i>	134
LANCETS SUPER THIN	154	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	134
LANCETS SUPER THIN 28G	154	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	102
LANCETS THIN	154	<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	18
LANCETS ULTRA THIN	154	<i>levonorgestrel</i>	83
LANCETS ULTRA THIN 30G	154	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	104
LANOXIN	98	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	104
LANOXIN PEDIATRIC	98	LEVOPHED	200
<i>lansoprazole</i>	208	<i>levora 0.15/30 (28)</i>	106
<i>lanthanum carbonate</i>	132	<i>levorphanol tartrate</i>	106
LANTUS	41	<i>levo-t</i>	106
LANTUS SOLOSTAR	41	LEVOTHYROXINE SODIUM	106
<i>lapatinib ditosylate</i>	72	<i>levothyroxine sodium</i>	206
<i>larin 1.5/30</i>	103	<i>levoxyl</i>	206
<i>larin 1/20</i>	103	LEVULAN KERASTICK	120
<i>larin 24 fe</i>	103	LIBERTY MEDICAL LANCETS	154
<i>larin fe 1.5/30</i>	104	LIBRAX	207
<i>larin fe 1/20</i>	104	LIBTAYO	67
LASIX	124	LICEFREEE	172
<i>latanoprost</i>	196	<i>lidocaine</i>	119
LATISSE	120	<i>lidocaine hcl</i>	119, 145, 174
LAVARE WOUND WASH	123	<i>lidocaine hcl (cardiac)</i>	27
<i>laxative</i>	144	LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF	27
<i>layolis fe</i>	104	<i>lidocaine hcl (cardiac) pf</i>	27
LAZCLUZE	69	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	145
LEADER INSULIN SYRINGE	163	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	119
LEADER UNIFINE PENTIPS	163	<i>lidocaine hcl-bupivacaine hcl</i>	193
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS	163	<i>lidocaine hcl-oxymetazoline</i>	187
<i>leena</i>	108	<i>lidocaine in d5w</i>	27
<i>leflunomide</i>	18	<i>lidocaine viscous hcl</i>	174
<i>lenalidomide</i>	172	<i>lidocaine-epinephrine</i>	144
LENTOCILIN	198	<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i>	144
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ... 82		<i>lidocaine-prilocaine</i>	122
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ... 82		LILETTA (52 MG)	107
		LINCOCIN	60
		<i>lincomycin hcl</i>	60
		<i>linezolid</i>	60

LUGOLS STRONG IODINE	88	MAXI-TUSS CD	112	MESTINON	61
<i>luliconazole</i>	119	<i>maxx</i>	147	<i>metaxalone</i>	187
LUMAKRAS	71	<i>maxx plus</i>	147	<i>metformin hcl</i>	39, 40
LUMIGAN	196	<i>meclizine hcl</i>	47	<i>metformin hcl er</i>	39
LUNSUMIO	68	<i>meclufenamate sodium</i>	18	METHADONE HCL	22
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	78	<i>medi tab</i>	179	<i>methadone hcl</i>	22
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	78	MEDIC INSULIN SYRINGE	163	<i>methadone hcl intensol</i>	22
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	78	MEDICHOICE SAFETY LANCET	154	METHADOSE	22
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	78	EXTRA	154	<i>methadose</i>	22
<i>lurasidone hcl</i>	84	MEDICHOICE SAFETY LANCET		METHADOSE SUGAR-FREE	22
LUTATHERA	75	NORM	154	<i>methazolamide</i>	124
<i>lutera</i>	104	MEDICINE SHOPPE PEN		<i>methenamine hippurate</i>	61
LUZU	119	NEEDLES	163	<i>methergine</i>	197
LYBALVI	204	<i>medikoff drops</i>	176	<i>methimazole</i>	206
<i>lyleq</i>	107	MEDLANCE PLUS EXTRA 21G	154	<i>methocarbamol</i>	187
<i>lyllana</i>	129	MEDLANCE PLUS LITE 25G	154	<i>methotrexate sodium</i>	64
LYNPARZA	80	MEDLANCE PLUS SPECIAL		<i>methotrexate sodium (pf)</i>	64
LYRICA CR	202	0.8MM	154	<i>methoxsalen rapid</i>	115
LYSODREN	63	MEDLANCE PLUS SUPERLITE		<i>methscopolamine bromide</i>	209
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	69	30G	154	<i>methsuximide</i>	36
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	70	21G	154	<i>methyl dopa</i>	56
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	70	MEDLANCE PLUS UNIVERSAL		<i>methylene blue</i>	45
LYUMJEV	41	21G	154	<i>methylene blue (antidote)</i>	45
LYUMJEV KWIKPEN	41	MEDROL	109	<i>methylergonovine maleate</i>	197
<i>lyza</i>	107	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	107, 200	<i>methylphenidate</i>	15
<i>maca root</i>	16	<i>mefenamic acid</i>	18	<i>methylphenidate hcl</i>	15
MACROBID	60	<i>mefloquine hcl</i>	61	<i>methylphenidate hcl er</i>	15
MACRODANTIN	61	<i>mega multiple/chelated mineral</i>	186	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	14
<i>mafenide acetate</i>	116	<i>megestrol acetate</i>	81, 200	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	14
MAGELLAN INSULIN SAFETY		MEIJER LANCETS	154	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	14
SYR	163	MEIJER LANCETS THIN	155	METHYLPHENIDATE HCL ER	
<i>magnesium citrate</i>	143	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		(OSM)	15
MAGNESIUM SULFATE	169	21G	155	<i>methylphenidate hcl er (xr)</i>	15
MAGNESIUM SULFATE IN D5W	169	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>methylprednisolone</i>	109
MALARONE	61	30G	155	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	109
<i>malathion</i>	121	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>metoclopramide hcl</i>	130
<i>manganese chloride</i>	169	33G	155	<i>metolazone</i>	125
<i>mannitol</i>	124	MEIJER PEN NEEDLES	163	<i>metoprolol succinate er</i>	94
MARATHON MEDICAL PENTIPS	163	MEIJER SUPER THIN LANCETS	155	<i>metoprolol tartrate</i>	94
<i>maraviroc</i>	90	MEKINIST	71	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	57
MARCAINE	145	MEKTOVI	71	METROCREAM	120
MARCAINE PRESERVATIVE		<i>meloxicam</i>	18	METRONIDAZOLE	57
FREE	145	<i>melphalan hcl</i>	80	<i>metronidazole</i>	57, 120, 121, 214
MARCAINE/EPINEPHRINE	145	<i>memantine hcl</i>	201	<i>metyrosine</i>	54
MARCAINE/EPINEPHRINE PF	145	<i>memantine hcl er</i>	201	<i>mexiletine hcl</i>	27
MAR-COF CG EXPECTORANT	111	MENEST	129	MI PASTE	148
MARGENZA	66	MENOSTAR	129	MI PASTE PLUS	148
MARINOL	47	MENQUADFI	210	<i>Mibelas 24 Fe</i>	104
<i>marlissa</i>	104	MENVEO	210	MICAFUNGIN SODIUM	48
MARPLAN	37	<i>mepredine hcl</i>	22	<i>micafungin sodium-nacl</i>	48
MASONATAL	182	MEPILEX BORDER FLEX/CM	123	<i>miconazole 3</i>	213
MATULANE	76	<i>meprobamate</i>	26	<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i>	114
<i>matzim la</i>	97	MEPRON	58	MICRODOT PEN NEEDLE	163
MAX SLEEP JUNIOR	16	<i>mercaptopurine</i>	64	<i>microgestin 1.5/30</i>	104
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	163	<i>meropenem</i>	58	<i>microgestin 1/20</i>	104
SYRINGE	163	MEROPENEM-SODIUM		<i>microgestin fe 1.5/30</i>	104
MAXI-COMFORT SAFETY PEN		CHLORIDE	58	<i>microgestin fe 1/20</i>	104
NEEDLE	163	<i>merzee</i>	104	MICROLET LANCETS	155
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2"	163	<i>mesalamine</i>	131	<i>midazolam hcl</i>	140
MAXIDEX	195	<i>mesalamine er</i>	131	<i>midazolam hcl (pf)</i>	140
MAXITROL	194	<i>mesalamine-cleanser</i>	131	MIDAZOLAM HCL-SODIUM	
<i>maxi-tuss ac</i>	111	<i>mesna</i>	81	CHLORIDE	140
		MESNEX	81	<i>midazolam-sodium chloride (pf)</i>	140

<i>midodrine hcl</i>	215	<i>morphine sulfate (pf)</i>	22	NAFCILLIN SODIUM IN	
MIFEPREX	125	MORPHINE SULFATE (PF)	22	DEXTROSE	199
<i>mifepristone</i>	125	<i>morphine sulfate er</i>	22	<i>naftifine hcl</i>	114
<i>migergot</i>	167	<i>morphine sulfate er beads</i>	22	NAFTIN	114
<i>miglitol</i>	39	MOTOFEN	45	<i>nalbuphine hcl</i>	24
<i>miglustat</i>	137	MOUNJARO	42	<i>nalmefene hcl</i>	46
<i>mili</i>	104	MOVANTIK	132	<i>naloxone hcl</i>	46
<i>milk of magnesia</i>	143	MOVIPREP	141	<i>naltrexone hcl</i>	46
<i>milrinone lactate</i>	99	MOXIFLOXACIN HCL	130	NAMENDA TITRATION PAK	202
<i>milrinone lactate in dextrose</i>	99	<i>moxifloxacin hcl</i>	130, 192	NAMZARIC	200
<i>mimvey</i>	128	<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	192	<i>naproxen</i>	18
<i>mineral oil heavy</i>	142	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	130	<i>naproxen dr</i>	18
MINILINK REAL-TIME		MRESVIA	213	<i>naproxen sodium</i>	18
TRANSMITTER	155	MS INSULIN SYRINGE	163	<i>naratriptan hcl</i>	167
MINIMED 630G GUARDIAN		MULTAQ	28	NARDIL	37
PRESS	155	MULTI PRENATAL	182	NAROPIN	145
MINOCIN	205	<i>multi vitamin</i>	180	NATACYN	192
<i>minocycline hcl</i>	205	MULTI VITAMIN W/D-3	180	<i>natal pnv</i>	182
<i>minoxidil</i>	57	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	168	NATALVIT	182
MIOCHOL-E	191	<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	168	NATAZIA	107
MIOSTAT	191	<i>multiple vitamin-folic acid</i>	180	<i>nateglinide</i>	42
<i>mirabegron er</i>	210	<i>multiple vitamins</i>	180	NATESTO	24
MIRAPEX ER	84	<i>multiple vitamins essential</i>	180	NATROBA	121
MIRENA (52 MG)	107	<i>multiple vitamins/iron</i>	178	<i>nat-rul b-50</i>	186
<i>mirtazapine</i>	36	MULTITRACE-4 PEDIATRIC	170	<i>nat-rul daily-vite+iron</i>	179
MIRVASO	121	MULTIVITAMIN	180	NAYZILAM	32
<i>misoprostol</i>	209	<i>multi-vitamin</i>	180	<i>neбиволол hcl</i>	94
<i>mitigo</i>	22	<i>multivitamin adult</i>	180	NEBUPENT	57
<i>mitomycin</i>	74, 192	<i>multivitamin iron-free</i>	180	<i>Nebusal</i>	111
MITOSOL	192	<i>multivitamin plus iron adult</i>	178	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	104
<i>mm allergy relief 24 hour</i>	50	<i>multivitamin w/fluoride</i>	181	NEEVO DHA	183
<i>mm aspirin</i>	20	<i>multivitamin/fluoride</i>	181	<i>nefazodone hcl</i>	37, 38
<i>mm clearlax</i>	142	<i>multi-vitamin/fluoride</i>	181	<i>nelarabine</i>	64
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	163	<i>multi-vitamin/iron</i>	181	NEOCATE SYNEO JUNIOR	123
MM PEN NEEDLES	163	<i>multi-vitamin/iron</i>	179	NEOMULTIVITE	180
<i>mm stool softener</i>	144	MULTI-VIT-FLOR	181	<i>neomycin sulfate</i>	16
MM TWIST LANCETS	155	MULTRY5	170	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	192
M-M-R II	211	<i>mupirocin</i>	114	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	133
M-NATAL PLUS	182	<i>mutamycin</i>	74	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	194
<i>modafinil</i>	15	MVASI	82	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	192
MODERNA COVID-19 VAC 6M-		<i>my choice</i>	106	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	194, 197
11Y	213	<i>my way</i>	106	NEONATAL COMPLETE	183
<i>moexipril hcl</i>	54	MYCAMINE	48	NEONATAL PLUS	183
<i>molindone hcl</i>	86	<i>mycophenolate mofetil</i>	172	<i>neonatal prenatal</i>	183
<i>mometasone furoate</i>	118, 188	<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	172	NEONATAL VITAMIN	183
<i>mondoxyne nl</i>	205	<i>mycophenolate sodium</i>	172	<i>neo-polycin</i>	192
MONJUVI	65	<i>mycophenolic acid</i>	172	<i>neo-polycin hc</i>	194
MONOJECT BONE MARROW		MYDCOMBI	191	NEOPROFEN	18
BIOPSY	145	MYDRIACYL	191	NEORAL	172
<i>monoject flush syringe</i>	170	MYFEMBREE	129	NEOSTIGMINE	
MONOJECT INSULIN SYRINGE ..	163	MYFORTIC	172	METHYLSULFATE	61
<i>monoject sodium chloride flush</i>	170	MYGLUCOHEALTH LANCETS		NEO-SYNALAR	113
MONOJECT ULTRA COMFORT		30G	155	NEOX 100	122
SYRINGE	163	MYHIBBIN	172	NEOX CORD 1K	122
MONOLET LANCETS	155	MYLERAN	62	<i>nephro vitamins</i>	177
MONOLET OPD LANCETS	155	MYLOTARG	66	NEPHRO-VITE	177
MONOLETTOR SAFETY		MYRBETRIQ	210	NERLYNX	72
LANCETS	155	MYTESI	44	NESACAINE	145
<i>mono-linyah</i>	104	MYXREDLIN	41	<i>NESACAINE-MPF</i>	145
<i>montelukast sodium</i>	30	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	141	NESTABS	183
MORPHINE SULFATE	22	<i>nabumetone</i>	18	NESTABS DHA	183
<i>morphine sulfate</i>	22	<i>nadolol</i>	95	NESTABS ONE	185
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	22	<i>nafcillin sodium</i>	199	<i>neuac</i>	113

NEUPRO.....	84	norelgestromin-eth estradiol.....	105	OCTAPLAS BLOOD GROUP O.....	136
NEVANAC.....	194	norepinephrine bitartrate.....	215	OCUFLOX.....	192
nevirapine.....	91	norethin ace-eth estrad-fe.....	104	ODACTRA.....	15
nevirapine er.....	91	norethindrone.....	107	ODEFSEY.....	89
new day.....	106	norethindrone acetate.....	200	ODOMZO.....	70
NEXAVAR.....	72	norethindrone acet-ethinyl est.....	104	ofloxacin.....	130, 192, 197
NEXIUM I.V.....	208	norethindrone-eth estradiol.....	128	OGIVRI.....	66
NEXLETOL.....	51	norethindrone-ethinyl estrad-fe.....	108	OGSIVEO.....	70
NEXLIZET.....	51	norethin-eth estradiol-fe.....	104	OJEMDA.....	68
NEXOBRID.....	118	norgesic.....	187	OJJAARA.....	78
NEXTERONE.....	28	norgestimate-eth estradiol.....	104	olanzapine.....	88
NEXTSTELLIS.....	104	norgestim-eth estrad triphasic.....	108	olanzapine-fluoxetine hcl.....	204
niacin (antihyperlipidemic).....	52	NORLIQVA	97	OLINVYK	22
niacin er (antihyperlipidemic).....	52	norlyroc.....	107	olmesartan medoxomil.....	55, 56
niacor.....	52	normal saline flush.....	170	olmesartan medoxomil-hctz.....	55
nicardipine hcl.....	97	NORMOSOL-M IN D5W	168	olmesartan-amlodipine-hctz.....	56
NICARDIPINE HCL IN NACL	97	NORMOSOL-R	168	olopatadine hcl.....	188
NICODERM CQ	203	NORMOSOL-R IN D5W	168	OMECLAMOX-PAK	209
NICORETTE	203	NORMOSOL-R PH 7.4	168	omega-3-acid ethyl esters.....	51
NICORETTE MINI	203	NORPACE	27	OMEGAVEN	190
NICORETTE STARTER KIT	203	NORPACE CR	27	omeprazole.....	208
NICOTINE	204	NORPRAMIN	39	OMIDRIA	196
nicotine.....	204	nortrel 0.5/35 (28).....	104	OMNICAP	180
nicotine mini.....	203	nortrel 1/35 (21).....	104	OMNIFLEX DIAPHRAGM	149
nicotine polacrilex.....	203	nortrel 1/35 (28).....	104	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO	
nicotine polacrilex mini.....	203	nortrel 7/7/7.....	108	GEN 5	159
nicotine step 1.....	203	nortriptyline hcl.....	39	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN	
nicotine step 2.....	203	NORVIR	91	5	159
nicotine step 3.....	204	NOVA SAFETY LANCETS 23G	155	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	159
NICOTROL	204	NOVA SAFETY LANCETS 28G	155	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	
NICOTROL NS	204	NOVA SUREFLEX LANCETS	155	PODS	159
nifedipine.....	97	novavax covid-19 vaccine.....	213	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN	
nifedipine er.....	97	novite.....	180	3)	159
nifedipine er osmotic release.....	97	NOVOFINE PEN NEEDLE	163	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)	159
nikki.....	104	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE	163	OMNIPOD DASH PDM (GEN 4)	159
nilutamide.....	63	NOXAFIL	49	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	159
nimodipine.....	97	np thyroid.....	206	ONCASPAR	75
NINJACOF	111	NUBEQA	63	once daily.....	180
NINJACOF-D	112	NUCYNTA	22	ondansetron.....	46
NINJACOF-XG	111	NUDEXTA	202	ondansetron hcl.....	46
NINLARO	73	NULOJIX	174	one daily.....	180
NIPENT	76	NUMBRINO	187	one daily essential.....	180
NIPRIDE RTU	57	NURTEC	166	one daily essentials.....	180
nisoldipine er.....	97	NUTRILIPID	190	one daily multivitamin adult.....	180
nitazoxanide.....	58	NUVARING	106	one daily multivitamin/iron.....	179
NITHIODOLE	45	NUVESSA	214	ONE VITE DAILY	
NITRO-BID	26	NUZYRA	205	MULTIVITAMIN	180
NITRO-DUR	26	nyamyc.....	114	ONE VITE WOMENS	183
nitrofurantoin.....	61	nylia 1/35.....	104	ONE VITE WOMENS PLUS	183
nitrofurantoin macrocrystal.....	61	nylia 7/7/7.....	108	ONE-A-DAY ESSENTIAL	180
nitrofurantoin monohyd macro.....	61	NYMALIZE	97	ONE-A-DAY MENS	180
nitroglycerin.....	25, 26	nystatin.....	48, 114, 174	ONE-A-DAY WOMENS	
NITROGLYCERIN	26	nystatin-triamcinolone.....	114	PRENATAL	183
nitroglycerin in d5w.....	26	nystop.....	114	one-daily multi vitamins.....	180
NITROLINGUAL	26	OB COMPLETE	183	one-daily multi-vitamin.....	180
nitroprusside sodium.....	57	OB COMPLETE ONE	183	one-daily multi-vitamin/iron.....	179
nitroprusside sodium-nacl.....	57	OB COMPLETE PETITE	183	one-daily/iron.....	179
NITROSTAT	26	OB COMPLETE PREMIER	183	ONELAX MAGNESIUM CITRATE	
niva thyroid.....	206	OB COMPLETE/DHA	183	.....	143
NIVA-PLUS	183	ocella.....	105	ONETOUCH DELICA PLUS	
nizatidine.....	208	OCTAPLAS BLOOD GROUP A	136	LANCET30G	155
NOCDURNA	128	OCTAPLAS BLOOD GROUP AB	136	ONETOUCH DELICA PLUS	
nora-be.....	107	OCTAPLAS BLOOD GROUP B	136	LANCET33G	155

ONETOUCH ULTRA	123	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	42	PEN NEEDLES 5/16"	163
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST	123	OZURDEX	195	PENBRAYA	210
ONETOUCH ULTRA TEST	123	<i>pacerone</i>	28	<i> penciclovir</i>	116
ONETOUCH ULTRASOFT 2		<i> paclitaxel</i>	79	<i> penicillamine</i>	171
LANCETS	155	PACLITAXEL PROTEIN-BOUND		PENICILLIN G POT IN	
ONETOUCH VERIO	123	PART	79	DEXTROSE	198
ONGENTYS	84	PADCEV	67	<i> penicillin g potassium</i>	198
ONIVYDE	81	PALINGEN FLOW	122	<i> penicillin g sodium</i>	198
ONTRUZANT	67	PALINGEN HYDROMEMBRANE	122	<i> penicillin v potassium</i>	198, 199
ONUREG	64	PALINGEN INOVOFLO	122	PENTACEL	207
<i> opcicon one-step</i>	106	PALINGEN MEMBRANE	122	<i> pentamidine isethionate</i>	57
OPDIVO	67	PALINGEN XPLUS		PENTASA	131
OPDUALAG	65	HYDROMEMBRANE	122	<i> pentazocine-naloxone hcl</i>	24
OPILL	107	PALINGEN XPLUS MEMBRANE ..	122	PENTIPS	163
<i> option 2</i>	106	<i> paliperidone er</i>	85	<i> pentobarbital sodium</i>	140
OPTIONS GYNOL II		PALONOSETRON HCL	46	<i> pentoxifylline er</i>	135
CONTRACEPTIVE	214	<i> palonosetron hcl</i>	46	PEPCID	208
OPVEE	46	PAMELOR	39	PERFECT LANCETS 28G	155
OPZELURA	116	PAMPERS EASY UPS 2T-3T	149	PERFECT LANCETS 30G	155
ORABLOC	145	PAMPERS EASY UPS 4T-5T	149	PERFECT POINT SAFETY	
ORALAIR	15	PAMPERS EASY UPS MLP 2T-3T	149	LANCETS	155
<i> oralone</i>	176	PAMPERS EASY UPS MLP 4T-5T	149	PERFOROMIST	29
ORAPRED ODT	109	PAMPERS SWADDLERS SIZE 7 ..	149	PERIDEX	175
ORAVIG	174	PANCREAZE	123	PERIKABIVEN	190
ORBACTIV	59	PANHEMATIN	135	<i> perindopril erbumine</i>	54
ORGOVYX	77	PANRETIN	115	<i> periogard</i>	175
ORIAHNN	129	<i> pantoprazole sodium</i>	208	PERJETA	67
ORILISSA	126	<i> pantoprazole sodium-nacl</i>	208	<i> permethrin</i>	121
<i> orlistat</i>	14	PARADIGM REAL-TIME		<i> perphenazine</i>	87
<i> orphenadrine citrate</i>	187	TRANSMITTER	155	<i> perphenazine-amitriptyline</i>	202
<i> orphenadrine citrate er</i>	187	PARAGARD INTRAUTERINE		PERSERIS	85
ORPHENADRINE-ASPIRIN-		COPPER	106	PERTZYE	124
CAFFEINE	187	<i> paraplatin</i>	62	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-	
<i> orphengesic forte</i>	187	<i> paricalcitol</i>	126	11Y	213
ORSERDU	81	PARLODEL	83	<i> pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y</i>	213
<i> osetamivir phosphate</i>	93	PARNATE	37	<i> pfizerpen</i>	199
<i> osmitrol</i>	124	<i> paroxetine hcl</i>	37	PHARMACIST CHOICE	
OSMOLEX ER	83	<i> paroxetine hcl er</i>	37	LANCETS	155
OSPHENA	127	<i> paroxetine mesylate</i>	204	PHARMACY COUNTER	
OTOVEL	197	PAXIL	37	LANCETS	155
OVEGA-3	190	PAXLOVID (150/100)	92	<i> phendimetrazine tartrate</i>	13
OVIDE	121	PAXLOVID (300/100)	92	PHENDIMETRAZINE TARTRATE	
<i> oxacillin sodium</i>	199	<i> pazopanib hcl</i>	72	ER	13
OXACILLIN SODIUM IN		PC UNIFINE PENTIPS	163	<i> phenelzine sulfate</i>	37
DEXTROSE	199	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT ..	168	PHENERGAN	50
<i> oxaliplatin</i>	62	PEDIAPRED	109	<i> phenobarbital</i>	140
<i> oxaprozin</i>	18	PEDIARIX	207	<i> phenobarbital sodium</i>	140
<i> oxazepam</i>	27	PEDMARK	80	<i> phenoxybenzamine hcl</i>	54
<i> oxcarbazepine</i>	34	PEDVAX HIB	210	<i> phentermine hcl</i>	13
<i> oxcarbazepine er</i>	34	<i> peg 3350</i>	142	<i> phentolamine mesylate</i>	55
<i> oxiconazole nitrate</i>	119	<i> peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	141	<i> phenylephrine hcl</i>	191
OXISTAT	119	<i> peg-3350/electrolytes</i>	141	PHENYLEPHRINE HCL	
<i> oxybutynin chloride</i>	209	<i> peg-3350/electrolytes/ascorbat</i>	141	(PRESSORS)	215
<i> oxybutynin chloride er</i>	209	<i> peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	141	PHENYTEK	36
<i> oxycodone hcl</i>	22, 23	PEG-PREP	141	<i> phenytoin</i>	36
OXYCODONE-		PEMAZYRE	70	<i> phenytoin infatabs</i>	36
ACETAMINOPHEN	23	<i> pemetrexed</i>	64	<i> phenytoin sodium</i>	36
<i> oxycodone-acetaminophen</i>	23	<i> pemetrexed disodium</i>	64	<i> phenytoin sodium extended</i>	36
<i> oxymorphone hcl</i>	23	<i> pemetrexed diromethamine</i>	64	PHESGO	75
<i> oxymorphone hcl er</i>	23	PEMFEXY	64	PHEXXI	214
<i> oxytocin</i>	197	PEMGARDA	198	<i> philith</i>	105
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	42	PEMRYDI RTU	64	<i> phillips milk of magnesia</i>	143
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	42	PEN NEEDLES	163	<i> phospha 250 neutral</i>	169

PHOSPHOLINE IODIDE	191	<i>potassium chloride er</i>	170	PRENATAL PLUS	183
<i>phosphorus</i>	169	POTASSIUM CHLORIDE IN		PRENATAL PLUS	
<i>phospho-trin 250 neutral</i>	169	NACL	168	VITAMIN/MINERAL	183
<i>phospho-trin k500</i>	169	<i>potassium chloride in nacl</i>	168	PRENATAL VITAMIN AND	
PHOTOFRIN	75	<i>potassium citrate er</i>	133	MINERAL	183
PHOTREXA-PHOTREXA		<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	168	<i>prenatal vitamins</i>	184
VISCOUS KIT	194	POTASSIUM PHOSPHATES	169	PRENATAL VITAMINS	184
PHOXILLUM B22K4/0	171	<i>potassium phosphates</i>	169	PRENATAL/IRON	184
PHOXILLUM BK4/2.5	171	<i>potassium phosphates(66 meq k)</i>	169	PRENATAL-U	184
<i>physiolyte</i>	173	POTASSIUM PHOSPHATES(71		PRENATE	186
<i>physiosol irrigation</i>	173	MEQ K)	169	PRENATE AM	186
<i>phytonadione</i>	216	POTELIGEO	65	PRENATE DHA	185
PIFELTRO	91	PRALUENT	53	PRENATE ELITE	184
<i>pilocarpine hcl</i>	176, 191	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	84	PRENATE ENHANCE	185
<i>pimecrolimus</i>	120	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	84	PRENATE ESSENTIAL	185
<i>pimozide</i>	202	PRAMOSONE	121	PRENATE MINI	185
<i>pimtrea</i>	102	PRAMOTIC	196	PRENATE PIXIE	185
<i>pindolol</i>	95	<i>prasugrel hcl</i>	136	PRENATE RESTORE	185
<i>pioglitazone hcl</i>	44	<i>pravastatin sodium</i>	52	PRENATRIX	184
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	44	PRAXBIND	45	PRENATRYL	184
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	44	<i>praziquantel</i>	25	PREPIDIL	197
PIP LANCETS 28G	155	<i>prazosin hcl</i>	56	PRESTALIA	53
PIP LANCETS 30G	155	PRECEDEX	141	PRETOMANID	62
<i>pip pen needles 31g x 5mm</i>	163	PRECISION SURE-DOSE		<i>prevalite</i>	51
<i>pip pen needles 32g x 4mm</i>	163	SYRINGE	163	PREVDUO	45
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	199	PRED MILD	195	PREVENT DROPSAFE PEN	
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	80	<i>prednisolone</i>	109	NEEDLES	163
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	80	<i>prednisolone acetate</i>	195	PREVENT SAFETY PEN	
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	80	<i>prednisolone sodium phosphate</i> ..	109, 110	NEEDLES	164
<i>piroxicam</i>	18	PREDNISOLONE SODIUM		PREVIDENT	175
PITOCIN	197	PHOSPHATE	195	PREVIDENT 5000 BOOSTER	
PLASMA-LYTE A	168	<i>prednisona</i>	110	PLUS	175
<i>plenamine</i>	189	PREDNISONONE INTENSOL	110	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH ...	175
PLENVU	141	PREFERRED PLUS INSULIN		PREVIDENT 5000 ENAMEL	
PLUVICTO	75	SYRINGE	163	PROTECT	175
PNEUMOVAX 23	211	PREFERRED PLUS LANCETS		PREVIDENT 5000 KIDS	175
<i>pnv prenatal plus multivit+dha</i>	183	COLORED	155	PREVIDENT 5000 ORTHO	
PNV TABS 20-1	183	PREFERRED PLUS LANCETS		DEFENSE	175
<i>pnv-dha</i>	185	THIN	155	PREVIDENT 5000 PLUS	175
PNV-DHA+DOCUSATE	185	PREFERRED PLUS UNIFINE		PREVIDENT 5000 SENSITIVE	175
PNV-OMEGA	183	PENTIPS	163	PREVNAR 20	211
<i>pnv-select</i>	183	<i>pregabalin</i>	34	PREZCOBIX	89
<i>podofilox</i>	119	<i>pregabalin er</i>	202	PREZISTA	91
POLIVY	66	PREGEN DHA	185	PRIFTIN	62
<i>polocaine</i>	145	PREGENNA	183	PRIMACARE	184
<i>polocaine-mpf</i>	145	PREHEVBRIO	213	PRIMADOPHILUS KIDS	44
<i>polycin</i>	192	PREMARIN	129, 214	PRIMAQUINE PHOSPHATE	61
<i>polyethylene glycol 3350</i>	142	PREMASOL	189	PRIMAXIN IV	58
<i>polymyxin b sulfate</i>	60	PREMESISRX	186	<i>primidone</i>	34
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	192	PREMPHASE	128	PRIORIX	211
POLY-TUSSIN AC	112	PREMPRO	128	PRISMASOL B22GK 4/0	171
POLY-VI-FLOR	181	PRENA1 PEARL	183	PRISMASOL BGK 0/2.5	171
POLY-VI-FLOR/IRON	181	PRENAISSANCE	185	PRISMASOL BGK 2/0	171
POMALYST	70	PRENAISSANCE PLUS	185	PRISMASOL BGK 2/3.5	171
<i>portia-28</i>	105	PRENATAL	183	PRISMASOL BGK 4/0/1.2	171
PORTRAZZA	69	PRENATAL (W/IRON & FA)	183	PRISMASOL BGK 4/2.5	171
<i>posaconazole</i>	49	PRENATAL 19	183	PRISMASOL BK 0/0/1.2	171
POSFREA	46	<i>prenatal 19</i>	183	PRO COMFORT INSULIN	
POSIMIR	145	PRENATAL COMPLETE	183	SYRINGE	164
POTASSIUM ACETATE	170	PRENATAL FORTE	183	PRO COMFORT LANCETS 30G ...	155
POTASSIUM CHLORIDE	170	PRENATAL MULTIVITAMIN +		PRO COMFORT LANCETS 31G ...	155
<i>potassium chloride</i>	170	DHA	185	PRO COMFORT PEN NEEDLES ...	164
<i>potassium chloride crys er</i>	170	PRENATAL ONE DAILY	183	<i>pro comfort safety lancets 30g</i>	155

PROAIR RESPICLICK	29	PX INSULIN SYRINGE	164	<i>ra aspirin childrens</i>	20
<i>probenecid</i>	135	PX LANCETS MICROTHIN 33G ...	156	<i>ra aspirin ec</i>	20
<i>probioflexx</i>	44	PX LANCETS ULTRA THIN 28G ..	156	<i>ra aspirin ec adult low st</i>	20
<i>procainamide hcl</i>	27	PX MINI PEN NEEDLES	164	<i>ra balanced b-100</i>	178
PROCARDIA XL	97	PX PEN NEEDLE	164	<i>ra balanced b-100 cr</i>	178
<i>procentra</i>	13	PYLERA	209	<i>ra balanced b-50</i>	178
<i>prochlorperazine</i>	87	<i>pyrazinamide</i>	62	<i>ra balanced b-50 tr</i>	178
<i>prochlorperazine edisylate</i>	87	<i>pyridostigmine bromide</i>	62	<i>ra b-complex</i>	176
<i>prochlorperazine maleate</i>	87	<i>pyridostigmine bromide er</i>	61	<i>ra b-complex with b-12</i>	176
PROCTOCORT	25	<i>pyrimethamine</i>	61	RA E-ZJECT LANCETS 28G	156
PROCTOFOAM HC	25	QBRELIS	54	RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G	
<i>procto-med hc</i>	25	QBREXZA	120	.....	156
<i>proctosol hc</i>	25	<i>qc aspirin low dose</i>	20	RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G	
<i>proctozone-hc</i>	25	<i>qc b50 prolonged release</i>	178	.....	156
PRODIGY INSULIN SYRINGE	164	<i>qc b-complex/vitamin c</i>	176	RA E-ZJECT LANCETS ULTRA	
PRODIGY LANCETS 28G	155	<i>qc childrens aspirin</i>	20	THIN	156
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G		<i>qc daily multivitamins/iron</i>	179	<i>ra folic acid</i>	137
.....	155	<i>qc essentials</i>	180	RA INSULIN SYRINGE	164
PRODIGY TWIST TOP LANCETS		<i>qc folic acid</i>	137	<i>ra laxative</i>	142, 144
28G	155	<i>qc gentle laxative</i>	144	<i>ra magnesium citrate</i>	143
<i>progesterone</i>	200	<i>qc gentle laxative womens</i>	144	<i>ra milk of magnesia</i>	143
PROGLYCEM	40	<i>qc glycerin</i>	142	<i>ra mini nicotine</i>	204
PROGRAF	173	QC LANCETS SUPER THIN 30G ...	156	<i>ra nicotine</i>	204
PROLEUKIN	75	QC LANCETS ULTRA THIN	156	<i>ra nicotine gum</i>	204
PROLIA	127	<i>qc laxative</i>	144	<i>ra nicotine polacriflex</i>	204
<i>promethazine hcl</i>	50	<i>qc magnesium citrate</i>	143	RA PEN NEEDLES	164
<i>promethazine vc</i>	111	<i>qc milk of magnesia</i>	143	RA PRENATAL	184
<i>promethazine-codeine</i>	112	<i>qc natura-lax</i>	142	RA PRENATAL FORMULA	184
<i>promethazine-dm</i>	111	<i>qc nicotine transdermal system</i>	204	<i>ra womens laxative</i>	144
<i>promethazine-phenylephrine</i>	111	QC PEN NEEDLES	164	RABAVERT	213
<i>promethegan</i>	50	QC PRENATAL	184	RADIOGARDASE	45
<i>propafenone hcl</i>	28	QC UNIFINE PENTIPS	164	RAGWITEK	15
<i>propafenone hcl er</i>	28	QC UNILET LANCETS 28G	156	<i>raloxifene hcl</i>	127
<i>propracaine hcl</i>	193	QC UNILET LANCETS MICRO		<i>ramelteon</i>	141
PROPECIA	122	THIN	156	<i>ramipril</i>	54
PROPEL	188	QDOLO	23	<i>ranolazine er</i>	26
PROPEL MINI	188	QINLOCK	72	RAPAMUNE	173
PROPEL MINI SDS	188	QSYMIA	13	RAPIVAB	93
<i>propofol</i>	133	QUADRACEL	207	<i>rasagiline mesylate</i>	83
<i>propofol-lipuro</i>	133	QUALAQUIN	61	RAVICTI	127
<i>propranolol hcl</i>	95	<i>quazepam</i>	140	<i>raya sure pen needle</i>	164
<i>propranolol hcl er</i>	95	QUDEXY XR	34	RAYALDEE	126
<i>propylthiouracil</i>	206	QUELICIN	188	<i>react</i>	106
PROQUAD	211	QUESTRAN	51	READYLANCE SAFETY	
PRO-RED AC	112	QUESTRAN LIGHT	51	LANCETS	156
PROSCAR	133	<i>quetiapine fumarate</i>	86	REALITY INSULIN SYRINGE	164
PROSOL	189	<i>quetiapine fumarate er</i>	86	REALITY LANCETS	156
PROSTIN VR	174	QUFLORA FE	179	REALITY LATEX CONDOMS	147
<i>protamine sulfate</i>	136	QUFLORA FE PEDIATRIC	181	REALITY LATEX/ULTRA	
PROTONIX	208	QUFLORA PEDIATRIC	181	TEXTURED	147
PROTOPAM CHLORIDE	45	<i>quin b strong b-25</i>	178	REALITY LATEX/ULTRA THIN ...	147
<i>protriptyline hcl</i>	39	<i>quinapril hcl</i>	54	REALITY TRIGGER LANCETS ...	156
PROVAYBLUE	45	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	53	RECARBRIO	58
PROVERA	200	<i>quinidine gluconate er</i>	27	<i>reclipsen</i>	105
PROVIDA OB	184	<i>quinidine sulfate</i>	27	RECOMBIVAX HB	213
<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	112	<i>quinine sulfate</i>	61	RECOTHROM	139
<i>Pulmosal</i>	111	QUINTABS	180	RECOTHROM SPRAY KIT	139
PURE COMFORT LANCETS 30G ...	156	QULIPTA	166	RECTIV	25
PURE COMFORT PEN NEEDLE ...	164	QUVIVIQ	140	REFRESH P.M.	190
<i>pure comfort safety pen needle</i>	164	QUZYTIR	50	REGLAN	130, 131
PURIXAN	64	QVAR REDHALER	30	REGONOL	62
PX EXTRA SHORT PEN		<i>ra aspirin adult low dose</i>	20	REGRANEX	123
NEEDLES	164	<i>ra aspirin adult low strength</i>	20	RELENZA DISKHALER	93

RELION INSULIN SYRINGE.....	164	<i>risedronate sodium</i>	125	<i>sb bisacodyl laxative ec</i>	144
RELION LANCETS MICRO-THIN		<i>risperidone</i>	85	<i>sb childrens aspirin</i>	20
33G.....	156	<i>risperidone microspheres er</i>	85	<i>sb gentle lax-women</i>	144
RELION LANCETS THIN 26G.....	156	<i>ritonavir</i>	91	SB INSULIN SYRINGE	164
RELION LANCETS ULTRA-THIN		RITUXAN	65	SB LANCETS THIN	156
30G.....	156	RITUXAN HYCELA	75	SB LANCETS ULTRA THIN	156
RELION MINI PEN NEEDLES.....	164	<i>rivastigmine</i>	201	<i>sb low dose asa ec</i>	20
RELION PEN NEEDLES.....	164	<i>rivastigmine tartrate</i>	201	<i>sb magnesium citrate</i>	143
RELION SHORT PEN NEEDLES.....	164	<i>rivelsa</i>	107	<i>sb milk of magnesia</i>	143
RELION ULTRA THIN LANCETS		<i>rizatriptan benzoate</i>	167	<i>sb polyethylene glycol 3350</i>	142
30G.....	156	ROBAXIN	187	SCENESSE	120
RELION ULTRA THIN PLUS		ROBINUL	209	<i>scopolamine</i>	47
LANCETS.....	156	ROBINUL-FORTE	209	SECUADO	86
RELISTOR.....	132	ROCKLATAN	193	SECURESAFE INSULIN SYRINGE	
RELNATE DHA.....	184	<i>rocuronium bromide</i>	188	.....	164
REMERON.....	36	<i>roflumilast</i>	30	SECURESAFE SAFETY PEN	
REMERON SOLTAB.....	36	<i>romidepsin</i>	70	NEEDLES	164
REMESENSE.....	148	<i>ropinirole hcl</i>	84	SELECT-OB	184
<i>remifentanil hcl</i>	23	<i>ropinirole hcl er</i>	84	SELECT-OB+DHA	185
RENACIDIN.....	134	<i>ropivacaine hcl</i>	145	<i>selegiline hcl</i>	83
<i>renal vitamin</i>	177	<i>rosuvastatin calcium</i>	52	SELENIOS ACID	170
<i>rena-vite</i>	177	ROTARIX	213	<i>selenium sulfide</i>	115
RENOVA.....	113	ROTATEQ	213	SELZENTRY	90
RENOVA PUMP.....	113	ROWASA	131	SE-NATAL 19	184
<i>repaglinide</i>	42	<i>roweepra</i>	34	<i>sensorcaine</i>	145
REPATHA.....	53	ROXICODONE	23	<i>sensorcaine/epinephrine</i>	145
REPATHA PUSHTRONEX		ROXYBOND	23	<i>sensorcaine-mpf</i>	145
SYSTEM.....	53	ROZLYTREK	73	<i>sensorcaine-mpf/epinephrine</i>	145
REPATHA SURECLICK.....	53	RUBRACA	80	SENSORCAINE-	
RESTASIS.....	193	<i>rufinamide</i>	34, 35	MPF/EPINEPHRINE	145
RESTASIS MULTIDOSE.....	193	RUKOBIA	90	SEREVENT DISKUS	29
RESTORIL.....	140	RUXIENCE	66	<i>sertraline hcl</i>	37
RETEVMO.....	73	RYANODEX	187	<i>setlakin</i>	107
RETHYMIC.....	171	RYBELSUS	42	<i>sevelamer carbonate</i>	132
RETISERT.....	195	RYBREVANT	72	<i>sevelamer hcl</i>	132
RETROVIR.....	92	RYDAPT	72	<i>sevoflurane</i>	133
REVLIMID.....	172	RYDEX	112	SEZABY	140
<i>revonto</i>	187	RYLAZE	75	<i>sf</i>	175
REXALL LANCETS ULTRA THIN		RYTARY	83	<i>sf 5000 plus</i>	175
30G.....	156	RYTELO	80	SFROWASA	131
REXTOVY.....	46	SAFETY LANCET 30G/PRESSURE		<i>sharobel</i>	107
REXULTI.....	88	ACT	156	SHINGRIX	213
REYATAZ.....	91	SAFETY LANCETS	156	SIKLOS	137
REZIPRES.....	215	SAFETY LANCETS 21G	156	<i>sildenafil citrate</i>	99
REZLIDHIA.....	77	SAFETY LANCETS 23G	156	<i>silodosin</i>	133
REZUROCK.....	174	SAFETY LANCETS 28G	156	SILVADENE	116
REZZAYO.....	48	<i>safety pen needles</i>	164	<i>silver sulfadiazine</i>	116
RHOFADE.....	121	SAFYRAL	105	SIMBRINZA	190
RHOPRESSA.....	194	SALAGEN	176	<i>simliya</i>	102
RIABNI.....	65	SANCUSO	46	<i>simpesse</i>	107
RIASTAP.....	135	SANDIMMUNE	172	SIMULECT	173
<i>ribavirin</i>	94	SANTYL	118	<i>simvastatin</i>	52
RIDAURA	17	<i>saps health plus lancets</i>	156	SINEMET	84
<i>rifabutin</i>	62	SAPS HEALTH TWIST TOP		SINGLE-LET	156
RIFADIN	62	LANCETS	156	<i>sirolimus</i>	173
<i>rifampin</i>	62	SAPS TWIST TOP LANCETS	156	SIRTURO	62
RIGHTEST GL300 LANCETS	156	SAPSCARE TWIST TOP		SIVEXTRO	60
<i>rimantadine hcl</i>	93	LANCETS	156	SKYLA	107
RIMSO-50	134	SARCLISA	66	SLYND	108
<i>ringers</i>	169	SAVELLA	201	<i>sm aspirin adult low strength</i>	20
<i>ringers irrigation</i>	173	SAVELLA TITRATION PACK	201	<i>sm aspirin ec low strength</i>	20
RIOMET	40	<i>saw palmetto berries</i>	16	<i>sm aspirin low dose</i>	20
<i>risanoid plus</i>	186	SAXENDA	14	<i>sm b super vitamin complex</i>	177

<i>sm b100 complex</i>	178	SORBITOL-MANNITOL	134	SUNOSI	14
<i>sm balanced b-100</i>	177	SOTALOL HCL	95	<i>super b complex/fa/vit c</i>	177
<i>sm balanced b-50</i>	177	<i>sotalol hcl</i>	95	<i>super b complex/vitamin c</i>	177
<i>sm b-complex</i>	178	<i>sotalol hcl (af)</i>	95	<i>super b-complex</i>	178
SM B-COMPLEX/VITAMIN C	177	SOTRADECOL	174	<i>super b-complex + vitamin c</i>	177
<i>sm childrens aspirin</i>	20	<i>sotradecol</i>	174	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	177
<i>sm clearlax</i>	142	SOTYLIZE	95	<i>super dec b-100</i>	178
<i>sm folic acid</i>	137	SPIKEVAX	213	<i>super quintis b-50</i>	178
<i>sm gentle laxative</i>	144	<i>spinosad</i>	121	SUPER THIN LANCETS	157
SM LANCETS 33G	156	SPIRIVA HANDHALER	29	SUPRANE	133
<i>sm milk of magnesia</i>	143	SPIRIVA RESPIMAT	30	SURE COMFORT INSULIN	
<i>sm multiple vitamins essential</i>	180	<i>spironolactone</i>	125	SYRINGE	164
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	179	<i>spironolactone-hctz</i>	124	SURE COMFORT LANCETS 18G	157
<i>sm nicotine</i>	204	SPORANOX	49	SURE COMFORT LANCETS 21G	157
<i>sm nicotine polacrilex</i>	204	<i>sprintec 28</i>	105	SURE COMFORT LANCETS 23G	157
SM ONE DAILY PRENATAL	184	SPRITAM	35	SURE COMFORT LANCETS 28G	157
SM PRENATAL VITAMINS	184	SPRYCEL	68	SURE COMFORT LANCETS 30G	157
<i>sm super b complex/c</i>	177	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	173	SURE COMFORT PEN NEEDLES	164
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	177	<i>sronyx</i>	105	<i>sure comfort pen needles</i>	164
SMART SENSE COLOR LANCETS		<i>ssd</i>	116	<i>surebiotic probiotic support</i>	44
33G	156	<i>st joseph aspirin</i>	20	SURELITE LANCETS	157
SMART SENSE STANDARD		<i>st joseph low dose</i>	20	SURGICEL FIBRILLAR	139
LANCETS	156	STAMARIL	213	SURGICEL NU-KNIT	139
SMART SENSE SUPER THIN		STERILANCE TL	157	SURGICEL SNOW 1"X2"	139
LANCETS	156	<i>sterile water for irrigation</i>	173	SURGICEL SNOW 2"X4"	139
SMART SENSE THIN LANCETS		STIOLTO RESPIMAT	28	SURGICEL SNOW 4"X4"	139
26G	157	STIVARGA	72	SUSTOL	47
SMARTEST LANCETS 28G	157	STRAVIX	122	SUTAB	141
SMOFLIPID	190	<i>streptomycin sulfate</i>	16	SUTENT	72
<i>smooth lax</i>	142	<i>stress b complex/iron</i>	179	<i>syeda</i>	105
<i>sod benz-sod phenylacet</i>	127	<i>stress formula</i>	180	SYMBYAX	204
SODIUM ACETATE	167	<i>stress formula (folic acid)</i>	177	SYMLINPEN 120	39
<i>sodium acetate</i>	167	<i>stress formula/iron</i>	179	SYMLINPEN 60	39
<i>sodium bicarbonate</i>	167	<i>stress formula/zinc/energy</i>	180	SYMPAZAN	32
<i>sodium chloride</i>	111, 134, 170	<i>stresstabs energy</i>	180	SYMPROIC	132
<i>sodium chloride (pf)</i>	170	STRIBILD	89	SYMTUZA	89
<i>sodium chloride flush</i>	170	STRIVERDI RESPIMAT	29	SYNDROS	47
<i>sodium fluoride</i>	169, 176	STROMEKTOL	25	SYNJARDY	43
<i>sodium fluoride 5000 enamel</i>	175	STRONTIUM CHLORIDE SR-89	75	SYNJARDY XR	43
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	175	<i>subvenite</i>	35	SYNTHROID	206
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	175, 176	<i>subvenite starter kit-blue</i>	35	SYRINGE AVITENE	139
<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i>	175	<i>subvenite starter kit-green</i>	35	<i>tab-a-vite</i>	180
SODIUM IODIDE I-131	205	<i>subvenite starter kit-orange</i>	35	<i>tab-a-vite/beta carotene</i>	180
SODIUM NITRITE	45	SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE	188	<i>tab-a-vite/iron</i>	179
<i>sodium nitroprusside</i>	57	<i>sucralfate</i>	208	TAB-A-VITE/IRON/BETA	
<i>sodium oxybate</i>	200	SUFENTANIL CITRATE	23	CAROTENE	179
<i>sodium phenylbutyrate</i>	127, 128	<i>sugammadex sodium</i>	46	TABLOID	64
<i>sodium phosphates</i>	169	SULAR	97	TABRECTA	71
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	173	<i>sulconazole nitrate</i>	119	TACHOSIL	139
<i>sodium tetradecyl sulfate</i>	174	<i>sulfacetamide sodium</i>	195	TACLONEX	122
SODIUM THIOSULFATE	45	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	112	<i>tacrolimus</i>	120, 173
<i>solifenacin succinate</i>	210	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	195	<i>tadalafil</i>	99
SOLIQUA	42	<i>sulfadiazine</i>	204	TAFINLAR	68
SOLOSEC	16	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	58	<i>tafluprost (pf)</i>	196
SOLTAMOX	63	SULFAMYLON	116	TAGRISSE	69
SOLU-CORTEF	110	<i>sulfasalazine</i>	131, 132	<i>take action</i>	106
SOLU-MEDROL	110	<i>sulfatrim pediatric</i>	58	TALICIA	209
SOLU-MEDROL (PF)	110	<i>sulindac</i>	18	TALVEY	68
SOLUS V2 LANCETS 28G	157	<i>sumatriptan</i>	167	TALZENNA	80
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G	157	<i>sumatriptan succinate</i>	167	TAMIFLU	93
SOOLANTRA	121	<i>sumatriptan succinate refill</i>	167	<i>tamoxifen citrate</i>	63
<i>sorafenib tosylate</i>	72	<i>sunitinib malate</i>	72	<i>tamsulosin hcl</i>	133
SORBITOL	134	SUNLENCA	90	<i>taperdex 12-day</i>	110

<i>taperdex 6-day</i>	110	THALITONE	125	TOBREX	192
<i>taperdex 7-day</i>	110	THALOMID	171	TODAY SPONGE	214
<i>targadox</i>	205	THAM	167	TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	
TARGRETIN	122	THE LIQUILIFT TRACE	170	.....	164
<i>tarina 24 fe</i>	105	THEO-24	30	TODAYS HEALTH SHORT PEN	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	105	<i>theophylline</i>	31	NEEDLE	164
TARON-C DHA	184	<i>theophylline er</i>	30, 31	TODAYS HEALTH THIN	
TASIGNA	68	THERA	180	LANCETS 28G	157
TASMAR	83	<i>thera-tabs</i>	180	TODAYS HEALTH THIN	
<i>tavaborole</i>	120	THERATEARS STERILID		LANCETS 30G	157
<i>taysofy</i>	105	CLEANSER	118	TOLAK	115
TAYTULLA	105	<i>thera-vite max-m</i>	179	<i>tolcapone</i>	83
<i>tazarotene</i>	115	THEREMS	181	<i>tolmetin sodium</i>	18
<i>tazicef</i>	101	<i>thiamine hcl</i>	216	TOLSURA	49
TAZICEF	101	<i>thioridazine hcl</i>	87	<i>tolterodine tartrate</i>	210
TAZORAC	115	<i>thiotepa</i>	62	<i>tolterodine tartrate er</i>	210
TAZVERIK	71	<i>thiothixene</i>	88	<i>tolvaptan</i>	127
TDVAX	207	<i>thrive</i>	204	TOPCARE CLICKFINE PEN	
TECENTRIQ	67	THRIVITE RX	184	NEEDLES	164
TECENTRIQ HYBREZA	75	THROMBATE III	136	TOPCARE LANCETS MICRO-	
TECHLITE AST LANCETS	157	THROMBI-GEL 10	138	THIN 33G	157
TECHLITE INSULIN SYRINGE	164	THROMBI-GEL 100	138	TOPCARE ULTRA COMFORT	
TECHLITE LANCETS	157	THROMBI-GEL 40	138	INS SYR	164
TECHLITE LANCETS 26G	157	THROMBIN-JMI	139	<i>topiramate</i>	35
TECHLITE PEN NEEDLES	164	THROMBIN-JMI EPISTAXIS	139	<i>topiramate er</i>	35
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	164	THROMBI-PAD	138	TOPOTECAN HCL	81
TECNU RASH RELIEF	114	THROMBOGEN	139	<i>topotecan hcl</i>	81
TECVAYLI	68	THYMOGLOBULIN	172	<i>toremifene citrate</i>	63
TEFLARO	102	THYQUIDITY	206	TORISEL	71
<i>telmisartan</i>	56	<i>thyroid</i>	206	<i>Torpenz</i>	71
<i>telmisartan-amlodipine</i>	55	<i>tiadylt er</i>	97	<i>torse mide</i>	124
<i>telmisartan-hctz</i>	55	<i>tiagabine hcl</i>	35	TOTALVISC	196
<i>temazepam</i>	140	TIAZAC	97, 98	TOUJEO MAX SOLOSTAR	42
TEMBEXA	93	TIBSOVO	77	TOUJEO SOLOSTAR	42
TEMODAR	77	TICOVAC	213	<i>tovet</i>	118
<i>temozolomide</i>	77	TIGAN	47	TPN ELECTROLYTES	169
<i>temsirolimus</i>	71	TIGECYCLINE	205	TPOXX	93
<i>tencon</i>	19	<i>tilia fe</i>	108	TRALEMENT	170
TENIVAC	207	<i>timolol maleate</i>	95, 190, 191	TRAMADOL HCL	23
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	92	<i>timolol maleate (once-daily)</i>	190	<i>tramadol hcl</i>	23
TENORETIC 100	57	<i>timolol maleate ocudose</i>	190	<i>tramadol hcl (er biphasic)</i>	23
TENORETIC 50	57	<i>timolol maleate pf</i>	191	<i>tramadol hcl er</i>	23
TEPADINA	62	TIMOPTIC OCUDOSE	191	<i>tramadol-acetaminophen</i>	24
TEPMETKO	71	<i>tinidazole</i>	57	<i>trandolapril</i>	54
<i>terazosin hcl</i>	56	<i>tiopronin</i>	134	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	53
<i>terbinafine hcl</i>	48	<i>tiotropium bromide monohydrate</i>	30	<i>tranexamic acid</i>	138
<i>terbutaline sulfate</i>	29	<i>tirofiban hcl in nacl</i>	135	TRANEXAMIC ACID-NACL	138
<i>terconazole</i>	213, 214	TIROSINT	206	<i>translucypromine sulfate</i>	37
TERLIVAZ	128	TIROSINT-SOL	206	TRAVASOL	189
<i>terrell</i>	133	TISSEEL	138	TRAVEL LANCETS ADVANCED	
TESTOPEL	24	TISSUEBLUE	196	28G	157
<i>testosterone</i>	24, 25	<i>tis-u-sol</i>	173	<i>travoprost (bak free)</i>	196
<i>testosterone cypionate</i>	24	TIVDAK	67	TRAZIMERA	67
<i>testosterone enanthate</i>	24	TIVICAY	90	<i>trazodone hcl</i>	38
TETANUS-DIPHTHERIA		TIVICAY PD	90	TREANDA	63
TOXOIDS TD	207	<i>tizanidine hcl</i>	187	TRECATOR	62
<i>tetrabenazine</i>	201	<i>tm-daily vite</i>	181	TRELEGY ELLIPTA	28
<i>tetracaine hcl</i>	193	TNKASE	137	TRELSTAR MIXJECT	78
<i>tetracycline hcl</i>	205	TOBRADEX	195	TRESIBA	42
TEVIMBRA	67	TOBRADEX ST	195	TRESIBA FLEXTOUCH	42
TGT LANCET MICRO THIN 33G	157	<i>tobramycin</i>	192	<i>tretinoin</i>	81, 113
TGT LANCET THIN 26G	157	<i>tobramycin sulfate</i>	16	<i>tretinoin microsphere</i>	113
TGT LANCET ULTRA THIN 30G	157	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	195	<i>tretinoin microsphere pump</i>	113

TREXALL	64	<i>true folic acid</i>	137	ULTICARE INSULIN SYR 1/2	
<i>trezix</i>	20	<i>true laxative</i>	142	UNIT	165
<i>triamcinolone acetonide</i>	118, 176	<i>true multivitamin</i>	181	ULTICARE INSULIN SYRINGE ...	165
<i>triamcinolone in absorbase</i>	118	<i>true vitamin d3</i>	216	ULTICARE MICRO PEN	
<i>triamterene</i>	125	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN		NEEDLES	165
<i>triamterene-hctz</i>	124	NEEDLES	165	ULTICARE MINI PEN NEEDLES ..	165
<i>triazolam</i>	140	TRUEPLUS INSULIN SYRINGE ...	165	ULTICARE PEN NEEDLES	165
TRICARE	184	TRUEPLUS LANCETS 26G	157	ULTICARE SHORT PEN	
TRICOR	52	TRUEPLUS LANCETS 28G	157	NEEDLES	165
Tridacaine li.....	120	TRUEPLUS LANCETS 30G	157	ULTIGUARD SAFEPAK PEN	
Tridacaine lii.....	120	TRUEPLUS LANCETS 33G	157	NEEDLE	165
<i>triderm</i>	118	TRUEPLUS PEN NEEDLES	165	ULTIGUARD SAFEPAK	
<i>trientine hcl</i>	171	TRUEPLUS SAFETY LANCETS		SYR/NEEDLE	165
TRIESENCE	195	28G	157	ULTILET CLASSIC LANCETS	157
<i>tri-estarylla</i>	108	TRULICITY	42	ULTILET LANCETS	157
<i>trifluoperazine hcl</i>	87	TRUMENBA	211	ULTILET PEN NEEDLE	165
<i>trifluridine</i>	192	TRUQAP	64	ULTILET SAFETY LANCETS	157
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	82	TRUSKIN	122	ULTILET SAFETY LANCETS 23G	157
TRIJARDY XR	43	TRUSTEX COLOR CONDOMS +		ULTIVA	23
<i>tri-legest fe</i>	108	LUBE	147	<i>ultra b-100 complex</i>	186
<i>tri-linyah</i>	108	TRUSTEX		ULTRA COMFORT INSULIN	
<i>tri-lo-estarylla</i>	108	LUB/RIBBED/STUDED	147	SYRINGE	165
<i>tri-lo-marzia</i>	108	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		ULTRA FLO INSULIN PEN	
<i>tri-lo-mili</i>	108	ST	147	NEEDLES	165
<i>tri-lo-sprintec</i>	108	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	147	ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2	
TRI-LUMA	118	TRUSTEX LUBRICATED	147	UNIT	165
<i>trimethobenzamide hcl</i>	47	TRUSTEX LUBRICATED EX		ULTRA FLO INSULIN SYRINGE ..	165
TRIMETHOPRIM	57	LARGE	147	ULTRA THIN LANCETS 31G	157
<i>tri-mili</i>	108	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA		ULTRA THIN PEN NEEDLES	165
<i>trimipramine maleate</i>	39	ST	148	ULTRACARE INSULIN SYRINGE	165
TRINATAL RX 1	184	TRUSTEX		ULTRA-CARE LANCETS 30G	157
<i>trinate</i>	184	LUBRICATED/SPERMICIDE	148	ULTRACARE PEN NEEDLES	165
TRINTELLIX	38	TRUSTEX NATURAL CONDOMS		ULTRAFOAM SPONGE	
TRISENOX	76	+ LUBE	148	2X6.25X7CM	139
<i>tri-sprintec</i>	108	TRUSTEX NON-LUBRICATED	148	ULTRAFOAM SPONGE	
TRISTART DHA	185	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE		8X12.5X1CM	139
TRIUMEQ	89	.....	148	ULTRAFOAM SPONGE	
TRIUMEQ PD	89	TRUSTEX RIA LUBRICATED	148	8X12.5X3CM	139
TRI-VI-FLOR	181	TRUSTEX RIA NON-		ULTRAFOAM SPONGE	
TRI-VI-FLORO	181	LUBRICATED	148	8X25X1CM	139
<i>tri-vite/fluoride</i>	181	TRUSTEX-NONOXYNOL-		ULTRAFOAM SPONGE	
<i>trivora (28)</i>	108	9/RIB/STUD	148	8X6.25X1CM	139
<i>tri-vylibra</i>	108	TRUXIMA	66	ULTRA-THIN II AUTO LANCET ..	157
<i>tri-vylibra lo</i>	108	TUKYSA	67	ULTRA-THIN II INS SYR SHORT ..	165
TRODELVY	81	TURALIO	72	ULTRA-THIN II INSULIN	
TROGARZO	90	TURPENTINE	119	SYRINGE	165
TROPHAMINE	189	<i>Turqoz</i>	105	ULTRA-THIN II LANCETS	158
<i>tropicamide</i>	191	TUSNEL C	111	ULTRA-THIN II MINI PEN	
<i>trospium chloride</i>	210	TUXARIN ER	112	NEEDLE	165
<i>trospium chloride er</i>	210	TWINRIX	211	ULTRA-THIN II PEN NEEDLE	
<i>true comfort insulin syringe</i>	164	TWIRLA	105	SHORT	165
TRUE COMFORT INSULIN		<i>twist top lancets 30g</i>	157	ULTRA-THIN II PEN NEEDLES ...	165
SYRINGE	165	TYBLUME	105	UNASYN	199
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	165	TYBOST	92	UNIFINE PENTIPS	165
TRUE COMFORT PRO INSULIN		<i>tydemy</i>	105	UNIFINE PENTIPS PLUS	165
SYR	165	TYGACIL	205	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	
TRUE COMFORT PRO PEN		TYPHIM VI	211	.....	165
NEEDLES	165	UBRELVY	166	UNIFINE SAFECONTROL PEN	
<i>true comfort safety lancets</i>	157	UCERIS	110	NEEDLE	165
TRUE COMFORT TWIST TOP		ULTANE	133	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE ...	165
LANCETS	157	ULTICARE INSULIN SAFETY		UNILET COMFORTOUCH	
<i>true cover</i>	147	SYR	165	LANCET	158
<i>true daily vite</i>	181			UNILET EXCELITE	158

UNILET EXCELITE II.....	158	VANCOMYCIN HCL IN		VERIFINE UNIVERSAL	
UNILET G.P. LANCET.....	158	DEXTROSE.....	59	LANCETS 33G.....	158
UNILET G.P. SUPERLITE		VANCOMYCIN HCL IN NACL.....	59	VERKAZIA.....	193
LANCET.....	158	VANDAZOLE.....	214	VERQUVO.....	100
UNILET GP 28 ULTRA THIN.....	158	VANFLYTA.....	72	VERSACLOZ.....	86
UNILET LANCET.....	158	VANISHPOINT INSULIN		VERZENIO.....	76
UNILET MICRO-THIN 33G.....	158	SYRINGE.....	166	<i>vestura</i>	105
UNILET SUPERLITE LANCET.....	158	VAQTA.....	213	VFEND.....	49
UNILET SUPER-THIN 30G.....	158	<i>vardenafil hcl</i>	99	VIBATIV.....	59
UNILET ULTRA-THIN 28G.....	158	<i>varenicline tartrate</i>	204	VIBERZI.....	131
UNISTIK 3 GENTLE.....	158	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	204	VICTOZA.....	42
UNISTIK PRO SAFETY LANCET.....	158	<i>varenicline tartrate(continue)</i>	204	VIDAZA.....	64
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G.....	158	VARITHENA.....	174	<i>vienna</i>	105
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G.....	158	VARIVAX.....	213	<i>vigabatrin</i>	35
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VARIZIG.....	198	<i>vigadrone</i>	35
21G.....	158	VARUBI (180 MG DOSE).....	48	Vigadrone.....	35
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VASCEPA.....	51	VIGAMOX.....	192
23G.....	158	VASERETIC.....	53	Vigpoder.....	35
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		<i>vasopressin</i>	128	<i>vilazodone hcl</i>	38
28G.....	158	<i>vasopressin + rfid</i>	128	VINATE DHA RF.....	184
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		<i>vasopressin-sodium chloride</i>	128	<i>vinblastine sulfate</i>	79
30G.....	158	VASOSTRICT.....	128	<i>vincristine sulfate</i>	79
<i>unithroid</i>	206	VAXCHORA.....	211	<i>vinorelbine tartrate</i>	79
UNITUXIN.....	66	VAXELIS.....	207	VIOKACE.....	124
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN		VAXNEUVANCE.....	211	<i>viorele</i>	102
26G.....	158	VAZCULEP.....	215	VIRACEPT.....	91
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN		VCF VAGINAL		VIRAZOLE.....	94
33G.....	158	CONTRACEPTIVE.....	214	VIREAD.....	92
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA		VECAMYL.....	56	VISCOAT.....	196
THIN.....	158	VECTIBIX.....	69	VISIONBLUE.....	196
UPNEEQ.....	196	<i>vecuronium bromide</i>	188	VISTOGARD.....	46
UROCIT-K 10.....	133	VELCADE.....	73	<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	181
UROCIT-K 15.....	133	<i>velivet</i>	108	VITAFOL FE+.....	185
URSO FORTE.....	130	VELPHORO.....	132	VITAFOL GUMMIES.....	184
<i>ursodiol</i>	130	VELTASSA.....	173, 174	VITAFOL STRIPS.....	186
UVADEX.....	75	VENCLEXTA.....	67	VITAFOL ULTRA.....	185
VABOMERE.....	58	VENCLEXTA STARTING PACK.....	67	VITAFOL-OB.....	184
<i>valacyclovir hcl</i>	93	VENIPUNCTURE PX1		VITAFOL-OB+DHA.....	185
VALCHLOR.....	114	PHLEBOTOMY.....	122	VITAFOL-ONE.....	185
VALCYTE.....	92	<i>venlafaxine hcl</i>	38	<i>vitalee</i>	181
<i>valganciclovir hcl</i>	92	<i>venlafaxine hcl er</i>	38	VITALIPID N INFANT.....	182
<i>valproate sodium</i>	36	VEOZAH.....	127	VITAMEDMD ONE	
<i>valproic acid</i>	36	<i>verapamil hcl</i>	98	RX/QUATREFOLIC.....	185
<i>valrubicin</i>	74	<i>verapamil hcl er</i>	98	<i>vitamin b complex</i>	176
<i>valsartan</i>	56	VEREGEN.....	113	<i>vitamin b complex w/b-12</i>	176
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	55	VERELAN.....	98	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	216
VALSTAR.....	74	VERELAN PM.....	98	<i>vitamin k1</i>	216
VALTOCO 10 MG DOSE.....	33	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE		<i>vitamin-b complex</i>	176
VALTOCO 15 MG DOSE.....	33	.....	166	<i>vitamins acd-fluoride</i>	181
VALTOCO 20 MG DOSE.....	33	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	166	VITAPEARL.....	184
VALTOCO 5 MG DOSE.....	33	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	166	VITATHELY WITH GINGER.....	184
VALUE HEALTH INSULIN		VERIFINE SAFE LANCET MINI		VITATRUE.....	185
SYRINGE.....	166	21G.....	158	<i>vitex fruit</i>	16
VALUE PLUS LANCET		VERIFINE SAFE LANCET MINI		VITLIPID N ADULT.....	181
STANDARD 21G.....	158	23G.....	158	VITLIPID N INFANT.....	182
VALUE PLUS LANCETS SUPER		VERIFINE SAFE LANCET MINI		VITRAKVI.....	73
THIN.....	158	28G.....	158	VIVA DHA.....	184
VALUE PLUS LANCETS THIN		VERIFINE SAFE LANCET MINI		VIVAGUARD LANCETS.....	158
26G.....	158	30G.....	158	VIVAGUARD LANCETS 30G.....	158
VANOCIN.....	59	VERIFINE UNIVERSAL		VIVAGUARD SAFETY LANCETS	
VANCOMYCIN HCL.....	59	LANCETS 28G.....	158	28G.....	158
<i>vancomycin hcl</i>	59	VERIFINE UNIVERSAL		<i>vivimusta</i>	63
<i>vancomycin hcl in dextrose</i>	59	LANCETS 30G.....	158	VIVJOA.....	49

VIVOTIF	211	XIFAXAN	58	ZEVALIN Y-90	74
VIZIMPRO	69	XIGDUO XR	43	ZEVRX INSULIN SYRINGE	166
<i>volnea</i>	102	XIIDRA	191	ZEVRX PEN NEEDLES	166
VONJO	78	XOFIGO	75	ZEVRX TWIST TOP LANCETS	
VORANIGO	77	XOFLUZA (40 MG DOSE)	93	30G	159
VORAXAZE	76	XOFLUZA (80 MG DOSE)	93	ZIAGEN	91
<i>voriconazole</i>	49	XOSPATA	72	<i>zidovudine</i>	92
VP INSULIN SYRINGE	166	XPHOZAH	126	ZILXI	121
VRAYLAR	84, 85	XPOVIO (100 MG ONCE		ZIMHI	46
VUSION	114	WEEKLY)	73	<i>zinc chloride</i>	171
<i>vyfemla</i>	105	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	73	<i>zinc sulfate</i>	171
VYLEESI	201	XPOVIO (40 MG TWICE		ZINPLAVA	198
<i>vylibra</i>	105	WEEKLY)	73	ZIOPTAN	196
VYVANSE	13	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	73	ZIPHEX	185
VYXEOS	75	XPOVIO (60 MG TWICE		<i>ziprasidone hcl</i>	85
VYZULTA	196	WEEKLY)	74	<i>ziprasidone mesylate</i>	85
WALGREENS LANCETS	158	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	74	ZIRGAN	192
WALGREENS LANCETS MICRO		XPOVIO (80 MG TWICE		ZITHROMAX	146
THIN	159	WEEKLY)	74	ZITHROMAX TRI-PAK	146
WALGREENS LANCETS SUPER		XTANDI	63	ZITHROMAX Z-PAK	146
THIN	159	<i>xulane</i>	105	ZOLADEX	78
WALGREENS THIN LANCETS	159	XULTOPHY	42	<i>zoledronic acid</i>	125
WALGREENS ULTRA THIN		XURIDEN	126	ZOLINZA	70
LANCETS	159	XYLOCAINE	145	<i>zolmitriptan</i>	167
<i>warfarin sodium</i>	31	XYLOCAINE/EPINEPHRINE	145	<i>zolpidem tartrate</i>	140
<i>water for irrigation, sterile</i>	173	XYLOCAINE-MPF	145	<i>zolpidem tartrate er</i>	140
WEGMANS UNIFINE PENTIPS		XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE		<i>zonisamide</i>	35
PLUS	166	.....	145	ZONTIVITY	136
WEGOVY	14	XYOSTED	25	ZORTRESS	173
WELIREG	70	XYREM	200	ZORYVE	115
<i>wera</i>	105	<i>Yargesa</i>	137	ZOSYN	199
<i>wesnatal dha complete</i>	185	YASMIN 28	105	<i>zovia 1/35 (28)</i>	105
<i>wes-phos 250 neutral</i>	169	YAZ	105	ZOVIRAX	116
WESTAB PLUS	184	YCANTH	119	ZUBSOLV	24
WESTGEL DHA	185	YERVOY	66	<i>zumandimine</i>	105
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60	149	YF-VAX	213	ZYCLARA	119
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65	149	<i>yl balanced b-100</i>	178	ZYCLARA PUMP	119
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70	149	<i>yl folic acid</i>	137	ZYDELIG	80
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75	149	YONDELIS	81	ZYKADIA	65
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80	149	YOSPRALA	136	ZYLET	195
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85	149	YUPELRI	30	ZYNLONTA	65
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90	149	YUTIQ	195	ZYNYZ	67
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95	149	<i>yuvafem</i>	214	ZYPREXA RELPREVV	88
<i>wixela inhub</i>	29	<i>zafemy</i>	105	ZYVOX	60
<i>womans laxative</i>	144	<i>zafirlukast</i>	30		
<i>womens laxative</i>	144	<i>zaleplon</i>	140		
<i>wymzya fe</i>	105	ZALTRAP	82		
XACDURO	58	ZALVIT	184		
XACIATO	214	ZANAFLEX	187		
XADAGO	83	ZANOSAR	80		
XALKORI	65	ZEGALOGUE	40		
XARACOLL	145	ZEJULA	81		
XARELTO	31	ZELAPAR	83		
XARELTO STARTER PACK	31	ZELBORAF	68		
XATMEP	64	ZEMDRI	17		
XCOPRI	35	ZEMPLAR	127		
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	35	<i>zenatane</i>	113		
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	35	ZENPEP	124		
XDEMVIY	193	<i>zenzedi</i>	13		
XELPROS	196	ZEPBOUND	13		
XERAVA	205	ZEPZELCA	63		
XERESE	115	ZERBAXA	100		
XGEVA	127	ZESTORETIC	54		

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

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

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



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

Rev. 3/19

Get help in your language

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

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

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

Spanish

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

Chinese

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

Vietnamese

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

Korean

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

Tagalog

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

Russian

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

Arabic

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

Armenian

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

Farsi

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

French

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

Japanese

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

Haitian

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

Italian

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

Polish

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

Punjabi

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

Navajo

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

It's important we treat you fairly

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